DISSERTATION

N° 277.

SUR LES SIGNES PHYSIQUES

QUE PEUT FOURNIR L'ABDOMEN

POUR LE DIAGNOSTIC DE SES MALADIES;

THESE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 31 août 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ÉMILE MAVRÉ,

Ancien Élève de l'École pratique et des hôpitaux de Paris.

Facta potentiora verbis.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	MM.
Anatomie	GRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU, *Suppléant.* / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER, *Président.*
Clinique chirurgicale	BOUGON, *Examinateur.* / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy, *Suppléant.*
Blandin, *Examinateur*	Gibert.
Bouillaud, *Examinateur.*	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras.
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

AUX MÂNES

DE MON EXCELLENT PÈRE.

Regrets éternels !

A LA MEILLEURE

DES MÈRES.

Témoignage de la plus vive reconnaissance.

A MES FRÈRES,

MES VRAIS AMIS.

A MON ONCLE,

Docteur en médecine.

Comme un faible gage de l'attachement le plus sincère et de la plus profonde reconnaissance.

É. MAVRÉ.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/quepeutfournirla0009emil

AVANT-PROPOS.

Depuis long-temps je fixai mon attention sur les maladies du ventre, et j'arrêtai dans ma pensée que je prendrais ce sujet pour thèse. L'idée m'en vint lorsque j'étais dans le service de M. *Lerminier*, où je trouvais toutes les ressources et tous les moyens possibles de me livrer avec ardeur à l'étude de l'anatomie pathologique, tout ce qui m'entourait m'ayant fait comprendre son extrême importance. Reprenant le service médical à l'hôpital des Enfans, j'ai pu diriger de nouveau mon attention vers les maladies du ventre, qui sont très-fréquentes à cet âge. Je trouvai un genre d'altération bien différent et moins varié que chez l'adulte, mais qui cependant n'était pas dépourvu d'intérêt. J'ai pu répéter sur le cadavre des expériences qui avaient rapport à mon sujet, bien vaste, sans doute, et dont les conséquences sont toutes pratiques; je le soumets actuellement à mes juges, et je réclame leur indulgence.

J'ai adopté la division anatomique connue, celle de l'abdomen, par régions. Cet ordre me devenait nécessaire pour l'exposé de tous les signes physiques servant au diagnostic des affections du ventre. Ce n'est qu'en me livrant au travail que j'ai pu apprécier toute la nécessité de ce plan, pour éviter le plus possible les redites et être méthodique dans l'exposé des faits. J'ai obtenu l'approbation des médecins

auxquels je donnai connaissance de mon projet; mais je tiens aussi beaucoup à obtenir l'approbation de mes juges sur le plan et l'exécution de mon travail.

Parvenu à la fin de mes études médicales, c'est un devoir pour moi de témoigner ma reconnaissance aux médecins sous lesquels j'ai fait le service dans les hôpitaux. J'ai commencé ma carrière médicale dans le service de M. *Lerminier;* je n'oublierai jamais toutes les ressources d'instruction que j'y ai rencontrées et les bontés du maître. J'ai terminé mon éducation chirurgicale avec MM. les professeurs *Boyer* et *Roux;* je ne perdrai pas le souvenir de leurs savantes leçons et du beau caractère scientifique dont ils nous ont si souvent donné des preuves. Je dois confondre dans l'expression de ma reconnaissance le nom de M. *Jadelot.*

Laudatur ab his, culpatur ab illis.

HORACE, sat. 2, liv. 1.

SUR LES SIGNES PHYSIQUES

QUE PEUT FOURNIR L'ABDOMEN

POUR LE DIAGNOSTIC DE SES MALADIES.

Exploration de l'abdomen à l'aide de la vue.

Pour explorer convenablement l'abdomen sous le rapport de la vue, le malade doit être étendu sur son lit, couché sur le dos, la tête demi-fléchie sur la poitrine et soutenue par des oreillers, les bras allongés sur les côtés du corps, les cuisses et les jambes fléchies. Le médecin doit mettre à nu l'abdomen, à l'effet de procéder plus exactement à son examen.

Signes que l'on peut déduire de l'exploration de l'abdomen à l'aide de la vue, sous le rapport de son volume.

L'augmentation de volume de l'abdomen peut être *générale* ou *partielle.*

Elle est *générale*, 1°. dans le cas d'infiltration du tissu cellulaire

(l'anasarque); 2°. lorsqu'une plus ou moins grande quantité de liquide est épanchée dans la cavité du péritoine, soit que l'épanchement se soit formé promptement, soit qu'il se soit effectué lentement (dans ces deux modes d'épanchement, l'abdomen différera sous le rapport du volume, qui sera plus considérable dans le premier; mais il ne différera pas sous le rapport de la tension, qui se trouvera la même, malgré la distension prompte des parois dans le premier mode succédant à une péritonite aiguë); 3°. d'une exhalation séreuse lente (cet accroissement peut être plus ou moins considérable; il présente même le plus haut degré possible de développement de l'abdomen); 4°. *du développement de gaz dans le canal intestinal* ou *la cavité du péritoine*, ce qui constitue le météorisme. Il sera question de ce phénomène à l'article *Percussion*.

Developpement partiel de l'abdomen. Le volume de l'abdomen peut être augmenté dans quelques-unes de ses régions ; il est rare de le voir accru dans une région seulement; mais on peut dire que telle ou telle région est le siége principal ou primitif du développement.

Suivons donc l'ordre établi par les anatomistes; examinons le développement de l'abdomen dans sa partie supérieure.

Région épigastrique. Épigastre. Il peut être dû à une ampliation excessive de l'estomac, soit dans une gastrite suraiguë, dans un squirrhe du pylore, dans quelque tumeur développée au-dessous de l'épiploon gastro-hépatique, comme un abcès, un squirrhe, une poche hydatique, etc.

Hypochondres. Le développement des hypochondres est presque toujours le caractère d'une affection de poitrine; cependant une hypersarcose du foie ou de la rate, quelle qu'en soit la cause, peut y donner lieu. Il est alors bien différent que lorsqu'il y a hydrothorax; en effet, s'il existe un liquide dans la poitrine, la dilatation a lieu aux dépens des courbures des côtes, qui semblent agrandies; tandis que,

dans le cas contraire, ce sont les extrémités des côtes et le rebord inférieur de la poitrine qui se trouvent éloignés de la ligne médiane et déjetés en dehors.

Région mésogastrique ou ombilicale. — Mésogastre ou ombilic. On rencontre assez souvent un anévrysme de l'aorte, soit des tumeurs indolentes développées dans l'épaisseur du mésentère, susceptibles, dans certains cas, de prendre un accroissement tel, qu'elles doublent et au-delà le volume de l'abdomen. J'ai eu occasion d'observer plusieurs faits de ce genre : par exemple, dans le carreau, à l'hôpital des Enfans, j'ai remarqué cet accroissement de volume de la région ombilicale, mais les autres régions y participent aussi.

Lombes ou flancs. Le développement de ces parties est très-rare; quelquefois cependant il est déterminé par la distension des reins, qui a lieu lorsqu'un calcul oblitère le bassinet et retient le produit de leur sécrétion, comme je l'ai observé dans le service de M. *Lerminier :* le malade est resté seize jours sans uriner. A l'autopsie, on trouva un calcul qui oblitérait l'uretère droit; le rein du même côté en contenait plusieurs dans les calices et le bassinet, qui étaient dilatés. Le rein gauche était transformé en une substance squirrheuse; on remarquait de ce côté un abcès dans le tissu cellulaire qui enveloppe le rein ; la gaîne des psoas contenait aussi du pus. L'un et l'autre reins ne contenaient pas d'urine, de même que la vessie. Dans quelques cas, les régions lombaires peuvent augmenter de volume par l'accumulation des matières fécales; ce qui se remarque chez les vieillards à la suite de constipation opiniâtre, ou chez les enfans affectés de variole, ou chez les nouveau-nés, s'il y a une imperforation de l'anus; dans ce cas, la région iliaque correspondante est le siége d'un pareil développement.

Région hypogastrique. — Hypogastre. Rien deplus fréquent que de voir une augmentation de volume dans cette région. Deux maladies

y donnent lieu : 1°. la rétention d'urine dans la vessie, et 2°. le développement pathologique de l'utérus; chacune d'elles se distingue à sa forme et à d'autres signes physiques.

Région iliaque. C'est surtout à la suite des couches que l'on observe l'augmentation de volume de ces régions; l'engorgement des ovaires et du tissu cellulaire ambiant y donne lieu; enfin des matières fécales accumulées, soit dans le cœcum ou l'S iliaque du colon; un engorgement chronique des ganglions lymphatiques, comme on le remarque chez les tuberculeux; des tumeurs enkystées des ovaires, un abcès par congestion sont autant de causes qui peuvent la déterminer.

Sous le rapport de sa forme.

L'âge, les grossesses répétées, la position du corps, etc., apportent à l'abdomen des modifications que nous allons signaler. Chez les enfans, l'abdomen n'est pas uniformément arrondi; sa partie inférieure est plus volumineuse, et la forme ronde y est plus dessinée. Vers l'adolescence, la rotondité est la même partout; mais l'abdomen reprend de plus en plus sa forme primitive chez les personnes grasses, en même temps qu'elles avancent en âge. Les gestations réitérées entraînent après elles une forme de l'abdomen qui lui est particulière; légèrement aplati supérieurement et brusquement arrondi inférieurement. Enfin une foule de circonstances peuvent modifier la forme de l'abdomen, comme l'usage d'une ceinture de corps, d'un bandage herniaire appliqué sur l'ombilic, etc., etc. Nous nous abstenons de parler de ces conformations contre-nature, qui rentrent dans la classe des monstruosités, cas rares que le médecin se gardera bien de confondre avec une maladie. Les maladies qui influent sur la forme générale de l'abdomen sont aiguës ou chroniques. Parmi les maladies aiguës, nous nous arrêterons à la péritonite; la forme que prend alors l'abdomen est variable, suivant que la phlegmasie est à l'état aigu sans épanchement, avec un léger météorisme seulement; ou bien

qu'elle est à l'état chronique avec un épanchement plus ou moins considérable de sérosité ou de météorisme très-prononcé; souvent on observe les deux à la fois. Dans la péritonite aiguë, les parois décrivent des courbes légères, insensibles, tendues vers tous les points; les saillies formées par les os ont disparu.

Dans la péritonite chronique, les courbes sont plus arquées; les parois abdominales, devenues plus saillantes, donnent à cette cavité une forme arrondie, qui contraste d'une manière tranchée avec la maigreur générale du sujet. Cette forme peut persister, quoique la sérosité ait été absorbée, mais elle est moins arrondie. On peut se convaincre alors que les parties contenues dans l'abdomen ne font plus qu'un tout, qu'une masse dont chaque partie a contracté des adhérences. On voit à l'autopsie les circonvolutions intestinales adhérer entre elles, des foyers de pus isolés formés entre les organes, l'épiploon recouvrir le tout et adhérer intimement à cette agglomération intestinale.

Les diverses quantités de liquide épanché dans l'abdomen apportent à la forme de cette cavité des modifications variées qui ne peuvent être décrites, mais on peut seulement signaler celles qui sont propres à l'ascite portée à son plus haut degré : nous ferons remarquer que l'ampliation plus ou moins facile des parois abdominales, suivant les sujets, a une très-grande influence sur la forme de l'abdomen. Ainsi, chez les individus d'une constitution sèche, l'hydropisie peut être parvenue à ce degré où elle détermine la gêne de la respiration, la suffocation même et l'abdomen n'être que doublé de volume; le tronc représente alors un véritable cylindre, tandis que chez les personnes grasses, chez les femmes qui ont eu plusieurs enfans, on voit souvent arriver l'hydropisie à un tel point, qu'elle triple et quadruple le volume de l'abdomen de manière à simuler une sphère placée dans la cavité de l'abdomen.

Le carreau imprime à l'abdomen une forme particulière. Dans cette affection, le ventre est fortement arqué en avant; il semble être aplati sur les côtés; il est plus saillant en bas vers l'ombilic que dans la par-

tie supérieure. Cette saillie de l'abdomen est encore rendue plus manifeste chez les enfans, à cause du peu de développement du bassin. Dans l'origine de la maladie, la forme du ventre est peu changée, aussi est-il difficile de la reconnaître à ce symptôme; mais à mesure qu'elle fait des progrès, la saillie de l'abdomen augmentant en même temps que l'embonpoint général diminue, on peut facilement établir son diagnostic.

Formes particulières à certaines régions de l'abdomen.

De toutes les régions de l'abdomen, il n'y a guère que l'hypogastrique qui présente dans les maladies des formes constantes; les autres régions prennent différentes formes, suivant la nature de la maladie et de son développement; ce sont plutôt des cas particuliers et peu fréquens qui y donnent lieu que des affections communes.

Il arrive assez souvent dans les maladies de longue durée où la sensibilité a été émoussée et anéantie, que la vessie tombe dans une sorte d'inertie qui la prive de tout pouvoir de contraction; la rétention de l'urine dans son intérieur, la compression de la moelle épinière, produisent le même effet. Le réservoir de l'urine prend alors un accroissement contre-nature; son volume peut être doublé et même triplé, et cette extension de l'organe qui le fait remonter au-dessus de l'ombilic arrondit non-seulement l'hypogastre, mais encore, en distendant les parois abdominales, se dessine au-dessus d'elles; on remarque alors depuis le pubis, en se dirigeant vers l'ombilic, une portion d'ovoïde dont une des extrémités répondrait en haut, et l'autre à la symphyse du pubis, et dont la circonférence serait située entre les épines antérieures et supérieures de l'os des îles. Cette saillie que l'on pourrait prendre pour le développement de l'utérus, en diffère de beaucoup pour la forme : celle-ci a souvent induit en erreur des praticiens ou peu exercés, ou qui n'apportaient pas dans l'examen des organes malades un œil assez attentif. La forme que prend l'utérus, soit à la suite d'une phlegmasie du parenchyme de cet organe,

soit après la rétention du fluide menstruel par la membrane hymen non perforée, et par suite d'adhérences accidentelles du pourtour de l'orifice utérin, est tout autre que celle produite par le développement de la vessie. Il ne s'agit plus d'une portion d'ovoïde, mais bien d'une portion de sphère qui occupe en même temps un plus grand espace en largeur qui simule en un mot un état parfait de grossesse. La forme propre à la vessie paraît aussi plus superficielle. Il est bien un moyen de lever tous ces doutes, mais je me restreins ici dans les limites d'un seul signe de cette affection. A la Charité, salle Sainte-Marthe, n°. 24, était couchée une demoiselle âgée de vingt-quatre ans qui se croyait hydropique, d'après le dire d'un médecin : en effet le ventre était volumineux, les règles avaient cessé depuis six mois après un écoulement de sang plus abondant. Sans un examen attentif on eût pu croire à la présence d'un liquide dans le ventre. M. *Lerminier*, à la visite du matin, palpe le ventre, déclare qu'il sent un corps sphérique, et que la malade pourrait être enceinte. Il conseille d'avoir recours au toucher. Le toucher, en effet, confirma l'opinion de cet habile praticien.

Fosses iliaques. On voit assez fréquemment chez les femmes accouchées depuis peu de jours, et chez lesquelles les lochies ont été supprimées, les fosses iliaques déprimées auparavant, présenter deux ovoïdes dans ce point. Presque toujours, si la phlegmasie est négligée, un des côtés devient plus saillant que l'autre. Cette forme se dessine de plus en plus en même temps que le reste de l'abdomen diminue de volume, et les malades succombent. On trouve à l'ouverture du corps les ovaires, les trompes, les ligamens larges, enflammés, souvent même contenant du pus ; et quelquefois le tissu cellulaire de la fosse iliaque participe à la phlegmasie; dans ce cas toutes ces parties ont contracté entre elles des adhérences. Il est une autre espèce de tumeur qui donne aux fosses iliaques une autre forme; je veux parler des hydropisies des ovaires. Leur forme est absolument ronde dans la plupart des cas; cependant on l'a observée affectant la forme ovale très-allongée et se rendant dans l'hypochondre. Cette différence dans la forme éclaire seulement le diagnostic.

Il existe d'ailleurs une cause matérielle de cette différence dans la forme : quand elle est due à une phlegmasie de l'ovaire, de la trompe et du tissu cellulaire ambiant, toutes ces parties, se développant en même temps, doivent nécessairement, d'après leur rapport connu, donner naissance à une tumeur plus étendue dans un sens que dans l'autre. L'anatomie pathologique démontre, au contraire, que lors des hydropisies de l'ovaire, la trompe lui reste accolée et ne subit qu'un léger développement, puisque son diamètre ne s'élève presque jamais au-dessus de deux à quatre lignes.

Jusqu'alors nous n'avons indiqué que des formes avec augmentation du volume de l'abdomen : il en est qui dépendent de sa diminution. Tous les engorgemens chroniques des principaux viscères, et en particulier de l'estomac, des intestins et du mésentère, entraînent presque toujours après eux un état de maigreur quelquefois excessif. On remarque alors que l'abdomen est concave ; sa circonférence est dominée par toutes les parties osseuses et cartilagineuses qui en forment les limites ; il est rentré en lui-même, locution triviale, qui exprime le rapprochement de la paroi antérieure contre la colonne vertébrale, et permet le contact de cette tige osseuse dans la région hypogastrique, et dessine si bien les battemens de l'aorte et des principaux vaisseaux. Cet état de maigreur est toujours le signe d'une maladie des intestins qui altère la nutrition ; et plus le siége de la maladie se rapproche des premiers organes d'absorption, plus la maigreur du ventre est grande et la forme concave prononcée. Cette forme ne peut cependant pas suffire pour établir le diagnostic d'une affection chronique des viscères du bas-ventre ; elle ne peut que la faire soupçonner. En effet, elle peut être une disposition naturelle ; car souvent on voit des personnes âgées, d'une constitution sèche, la présenter au plus haut degré, quoiqu'elles soient dans un état de santé parfait.

Régions en particulier. De toutes les parties de l'abdomen, il n'y a guère que la région ombilicale qui présente une forme concave bien

prononcée ; on l'observe dans la colique des peintres. L'ombilic est alors retiré vers la colonne vertébrale : c'est le signe caractéristique de cette affection ; il ne se montre qu'au moment où les coliques commencent à paraître ; mais quand on l'aperçoit, il n'y a plus aucun doute sur la nature de la maladie.

M. *Ranque* a publié dans les Mémoires de la société d'émulation (t. 4, p. 211) l'observation d'une hystérique, dans les accès de laquelle on remarquait une dépression épigastrique telle, que cette cavité accidentelle pouvait contenir le poing ; et, chose fort remarquable, le reste de l'abdomen n'était nullement augmenté de volume.

Je suis loin d'avoir décrit toutes les formes que l'abdomen est susceptible de prendre dans les maladies. Si l'on voulait arriver à ce résultat, il faudrait exposer tous les cas de tumeur occupant les différens endroits de l'abdomen et donnant à cette cavité des formes différentes. Mon but a été de les présenter d'une manière générale, et sous le rapport du diagnostic, qui fait l'objet de mon sujet.

Couleur et rides de la peau de l'abdomen. On ne trouve chez l'homme que fort peu de différence dans la peau de l'abdomen quant à ce qui a rapport aux signes des maladies des organes intérieurs. Elle est, en général, plus foncée que chez la femme, et toujours moins que le reste du corps. Ses rides sont peu marquées ; les plis qu'elle forme sont variables, et toujours dépendans de la plus ou moins grande quantité de graisse sous la peau. Il n'en est pas de même pour la femme : rarement après plusieurs grossesses la peau revient sur elle-même de manière à ne laisser aucune ride ; elles sont souvent assez multipliées, et constituent ces sortes de marbrures analogues à des cicatrices ovalaires, indice certain de plusieurs gestations. Il est une autre altération dans la couleur de la peau que l'on remarque chez les femmes du peuple qui se servent d'un réchaud allumé de charbon, la peau du bas-ventre et celle de la partie interne des cuisses et des jambes est desséchée et écailleuse.

Signes du visage que l'on remarque chez les enfans signalés par M. JADELOT.

M. *Jadelot* appelle *trait nasal* celui qui se dessine en dehors des ailes du nez et embrasse le contour de l'orbiculaire des lèvres; *trait génal* celui qui s'étend de la commissure inférieure des lèvres et se perd vers la partie inférieure du visage. Il les regarde l'un et l'autre comme étant un symptôme des affections abdominales. Chez les très-jeunes enfans, ces signes sont moins dessinés, mais on remarque à peu près la même chose; en effet, la commissure des lèvres, comme l'a observé M. *Billard*, est tirée en dehors; il en résulte un pli de la peau plus ou moins saillant, qui se dessine en dehors de l'orbiculaire des lèvres; il se forme aussi un autre pli fort analogue au trait génal, qui se dirige de la lèvre inférieure vers le menton; mais ce trait s'observe bien plus rarement que le précédent. D'autres plis, qui sont constans dans les maladies abdominales, et qui même s'observent dans toutes les circonstances où l'enfant éprouve de violentes douleurs, se remarquent à la racine du nez et au front: la peau de cette partie offre dans les maladies abdominales, chez les plus jeunes enfans, un aspect froncé ou chagriné très-caractéristique, et qu'il ne faut pas négliger. M. *Billard* dit qu'il a toujours été frappé de la coïncidence de ces rides irrégulières, dessinées à la peau du front, avec l'existence d'une inflammation des voies digestives. L'ensemble de tous ces traits donne à la physionomie de l'enfant l'expression que l'on désigne vulgairement sous le nom de *face grippée;* or, cette expression de la physionomie est toujours l'indice d'une phlegmasie intestinale ou gastro-intestinale très-violente.

J'ajouterai que le siége du plus grand nombre des maladies chez les enfans est dans l'abdomen; c'est, en effet, par le tube digestif qu'il en périt le plus, c'est là qu'est le plus souvent le siége des maladies qui altèrent leur santé et s'opposent au libre développement de leur constitution.

Chez les enfans à la mamelle on n'observe presque jamais des vers intestinaux; c'est tout le contraire chez les enfans de deux ans et plus. On remarque souvent des ascarides lombricoïdes dans l'intestin grêle, et de petits vers dits *tricocéphales* dans le cœcum et la continuité du gros intestin, quelquefois en quantité innombrable.

Exploration de l'abdomen à l'aide du palper, sous le rapport de sa température.

Le médecin, pour apprécier la différence qui existe entre la température de la peau de l'abdomen et celle des autres parties du corps du malade, appliquera la main sur plusieurs parties de la peau et la promènera ensuite sur l'abdomen sans exercer aucune pression.

Signes fournis par la température dans les maladies. Ce point est important pour le diagnostic des maladies de l'abdomen; aucun signe, en effet, n'est plus modifié par le degré d'intensité des phlegmasies que la température. On peut regarder comme probable que toutes les fois que la température de la peau de l'abdomen est augmentée, celle d'un des organes contenus dans sa cavité l'est aussi; cet accroissement de température de l'organe ne peut avoir lieu sans une accélération de la circulation. Les divers degrés d'accélération de la circulation, qu'on peut distinguer en *physiologique* et *pathologique*, sont innombrables, et comprennent toutes les nuances d'irritation et d'inflammation; la digestion confirme l'état de la circulation physiologique; l'augmentation de température de l'abdomen offre des différences en plus ou en moins dans son élévation ou dans son abaissement de chaleur. La chaleur générale de l'abdomen accompagne toujours une inflammation qui occupe une grande étendue et qui a beaucoup d'intensité: ainsi, dans la gastro-entérite intense, l'abdomen présente un haut degré de température. Ce phénomène est constant chez les enfans, et rend le plus souvent inutile chez eux l'exploration du pouls. Il ne faut pas cependant négliger ce dernier

moyen d'investigation : M. *Guersent* le met en usage avec la plus grande attention. On observe encore l'élévation de température dans la péritonite générale ou partielle; mais il est des cas où la température de l'abdomen peut être augmentée sans coïncider avec une phlegmasie des organes intérieurs, comme on l'observe chez les sujets irritables. La température partielle de l'abdomen variera en raison du siége et des progrès de l'inflammation, et suivant que la cause émane de tel ou tel organe, ayant des connexions plus ou moins intimes avec le péritoine.

De la percussion de l'abdomen.

Les auteurs, au sujet du diagnostic de l'ascite, disent : Si l'une des mains étant appuyée contre le flanc du malade, couché sur le dos, on percute avec l'autre main le flanc opposé; on éprouve, dans le cas d'épanchement, une sensation dont la cause constitue ce que l'on nomme le *flot du liquide* ou la *fluctuation*. Ce procédé est vraiment des plus imparfaits, et voici les raisons sur lesquelles je me fonde : 1°. l'existence d'une colonne de liquide communiquant avec les deux flancs est nécessaire pour la production du phénomène; or, cette disposition n'a jamais lieu que dans les épanchemens considérables, parce que la sérosité, libre dans la cavité péritonéale, en occupe les parties déclives, qui sont le bassin, les lombes et les régions inférieure et postérieure de l'abdomen, le malade étant couché horizontalement dans son lit, position conseillée par la plupart des médecins pendant cette exploration.

2°. Il est facile de confondre ce phénomène avec le mouvement imprimé aux intestins, surtout lorsqu'ils contiennent beaucoup de matières alimentaires ou des liquides.

3°. Dans des cas d'épanchement très-considérable, il est souvent difficile de sentir la fluctuation, ce qui peut venir soit de la position du malade, soit de l'adhérence intime des intestins avec les parois abdominales, d'un côté seulement ou des deux côtés à la fois.

4°. Il est impossible d'établir exactement les rapports du liquide avec les organes digestifs et d'indiquer son niveau.

C'est par l'imperfection de cette méthode qu'existent les erreurs grossières du diagnostic, et qui ne peuvent cesser que quand ce mode d'exploration ne sera plus mis en usage.

On doit rendre justice à M. *Piorry*, qui a tiré un parti si avantageux de la percussion médiate pour le diagnostic des épanchemens abdominaux. Nous avons eu occasion de vérifier à la Charité et aux Enfans toute l'utilité et toute la précision de ce procédé.

M. *Tarral*, que je cite ici avec plaisir, nous a fait connaître un procédé qui lui est propre, lorsqu'il fréquentait le service de M. *Lerminier*. M. *Reynaud* a indiqué ce procédé dans sa thèse, et le considère comme d'une utilité incontestable. Ce procédé ne nécessite l'aide d'aucun instrument. Ce moyen, combiné avec la percussion médiate, fournit à l'explorateur, même novice, un diagnostic certain. Afin d'éviter des périphrases, vu la manière ordinaire de produire la fluctuation, il appelle cette fluctuation *centrale*, et *périphérique* celle dont nous allons parler. On l'obtient ainsi : on applique les deux mains sur l'abdomen, en ne les séparant l'une de l'autre que de deux ou trois pouces d'intervalle, de telle sorte que les indicateurs, parallèlement placés, se regardent par leur bord externe; on donne alors de légères secousses aux parois abdominales de la main droite, et on détermine dans le fluide épanché un mouvement ondulatoire, que perçoit promptement l'indicateur de la main gauche. A l'exemple de MM. *Tarral* et *Reynaud*, ce procédé a été mis en usage, dans le service de M. *Lerminier*, par M. *Littré* et par nous avec des résultats satisfaisans.

C'est ce mouvement ondulatoire qu'on nomme *fluctuation périphérique*.

Je vais indiquer une autre manière de procéder, à laquelle plusieurs personnes accordent la préférence. La main gauche étant appliquée sur la région à explorer, on frappe l'abdomen avec l'indicateur de la main droite, mais obliquement et comme en rasant la surface,

de manière à faire ainsi parcourir au liquide une ligne perpendiculaire à l'axe de l'indicateur gauche, qui reçoit la sensation presque instantanément.

Enfin on peut avoir recours à une autre méthode, la plus simple de toutes, mais qui demande de la part de l'explorateur une certaine habileté que l'on n'acquiert que par l'exercice : elle consiste à ne se servir que d'une main. Le pouce une fois fixé, on écarte les quatre autres doigts, de manière à tendre la peau de l'abdomen, ce que l'on doit faire constamment, quel que soit le procédé que l'on adopte ; on percute alors avec l'indicateur, et le pouce perçoit la fluctuation. On peut de même, ce qui sera plus facile pour quelques personnes, le pouce fixé, percuter avec tous les autres doigts réunis; de cette manière, la main est fixée, et ce mode exige peut-être moins d'habitude. Pour confirmer les avantages de ces modes d'exploration, je dirai que je les ai employés sur plusieurs sujets morts de diverses maladies : mon diagnostic fut confirmé toujours par l'autopsie. Sur plusieurs sujets j'ai pratiqué de légères injections dans la cavité péritonéale, et je constatais sa présence de différentes manières, tantôt par la percussion directe, telle que nous venons de l'indiquer ; je mettais aussi en usage les préceptes donnés par M. *Piorry*, dans son ouvrage sur la percussion médiate. Je la pratiquais tantôt à l'aide du plessimètre, comme le conseille M. *Piorry*, et tantôt en frappant sur le doigt opposé de l'une des mains; j'ai toujours obtenu de l'une et de l'autre manières d'agir des résultats satisfaisans. La percussion sur le doigt me paraît présenter les mêmes avantages que la plaque, mais il faut être habitué à ce procédé. L'usage du plessimètre pourrait être, je pense, un moyen plus prompt et plus facile pour plusieurs personnes. Du reste, l'une et l'autre manières d'agir sont indifférentes en elles-mêmes, pourvu qu'en les adoptant on arrive à des résultats certains. J'avais été témoin, à la Charité, des expériences faites par MM. *Tarral* et *Reynaud*, et j'ai pu les répéter plusieurs fois, tant dans cet hôpital qu'à celui des Enfans malades. Les jeunes sujets m'ont présenté les mêmes avantages pour les résultats, mais plus de difficulté

pour la dissection péritonéale. Dans l'application du procédé indiqué, en examinant la région lombaire, il faut avoir soin de ne pas placer une main trop en arrière, tandis que l'autre frappe sur l'abdomen ; on pourrait ainsi avoir une fluctuation centrale qui se passerait dans les intestins, contenant des matières alimentaires. Quelquefois l'œdème des parois, un embonpoint excessif et une véritable accumulation de sérosité dans les parois du ventre peuvent embarrasser l'explorateur. Dans tous ces cas, il faut tendre fortement la peau, augmenter la force des percussions, et faire abstraction du frémissement occasioné par les parois graisseuses.

J'ai pu constater plusieurs fois sur le vivant une très-légère quantité de sérosité dans les lombes, de quatre à six onces environ. J'ai eu recours aussi, avec avantage, à la percussion pratiquée dans les régions iliaques. J'ai diagnostiqué une fois, à l'aide de ce procédé, une perforation intestinale, en constatant un léger épanchement de matières, sur un enfant de douze ans, salle Saint-Jean, n°. 15 ; il était pris de diarrhée, de toux, depuis long-temps, sans que nous ayons pu constater chez ce malade la présence de cavernes : le diagnostic que je portais dans cette circonstance fut vérifié par l'autopsie, faite par mon ami, M. *Littré*, quelques jours après.

Je me rappelle que dans le service de M. *Lerminier*, M. *Littré*, à la visite du soir, diagnostiqua en ma présence une perforation intestinale chez un individu affecté de fièvre typhoïde : son diagnostic fut constaté deux jours après par l'autopsie en la présence de M. *Lerminier* et la nôtre. Dans cette affection instantanée, il y a le plus ordinairement les symptômes qui appartiennent à la péritonite suraiguë qui établissent le diagnostic.

J'ai cherché à démontrer l'importance et l'utilité d'un mode d'exploration qu'on ne saurait mettre trop souvent en pratique.

M. *Piorry*, dans un ouvrage sur la percussion médiate dont il a enrichi la science, donne le précepte de varier la position des malades, afin de changer les rapports du liquide, ce qui en facilite beaucoup le diagnostic. La percussion médiate est d'une grande impor-

tance pour le diagnostic des maladies des organes abdominaux. J'ai pu vérifier plusieurs fois la réalité et l'exactitude de quelques-unes des nombreuses observations de M. *Piorry* sur l'utilité et l'avantage de la percussion médiate, dont nous devons le considérer comme l'inventeur.

Percussion médiate appliquée aux différentes régions de l'abdomen.

Région épigastrique. — Epigastre. Le son clair dans cette région annonce avec probabilité la présence de gaz dans l'estomac. Si on perçoit le bruit humorique, il est présumable que l'estomac contient des gaz et du liquide. Pour acquérir la certitude de la présence d'un liquide, il faut faire varier la position du sujet; si le son mat se rencontre aux parties déclives, on n'a plus aucun doute; mais dans cette région la présence du colon distendu, et même contenant des liquides, peut en faire naître à l'observateur. Pour les lever, il faut ingérer du liquide dans l'estomac, faire varier la position du sujet et constater la matité dans les parties déclives, et le bruit humorique à la surface du liquide. Le son clair pourrait dépendre des intestins; dans ce cas, l'ingestion des boissons dans l'estomac n'altérera pas le bruit. Comme l'on sait que le lobe gauche du foie anticipe sur cette région, c'est principalement à gauche que ces expériences doivent se faire. On pourrait apprécier approximativement à l'aide de la position bien dirigée la quantité de liquide que contient ce viscère. Quand l'estomac contient des alimens on obtient un son mat, comme dans le cas de liquide seulement; il est très-difficile et même impossible de distinguer sur-le-champ cet organe du foie ou de la rate percutés. Avant de procéder au diagnostic des tumeurs de l'estomac, il faut s'assurer de sa position.

La percussion médiate et la palpation se prêtent un mutuel secours pour le diagnostic des tumeurs de cet organe. On peut reconnaître à l'aide du plessimètre quel est le siége de la tumeur. Si elle occupe la paroi antérieure de l'estomac, la plaque légèrement appli-

quée donnera un son mat ; au reste, le degré de matité correspondra à l'épaisseur de la partie malade. Si on déprime la tumeur avec facilité, elle est à la fois épaisse et mobile. Si la tumeur était très-mince, la palpation suffirait. La tumeur étant reconnue d'abord par la palpation, si le plessimètre fournit un son clair, et si en déprimant l'abdomen on obtient un son mat, il est probable que la tumeur est située à la partie postérieure de l'estomac. Malgré un épanchement de liquide dans le ventre, s'il n'est pas trop considérable, on pourra, à l'aide de la position verticale, constater l'état dans lequel est l'estomac, et distinguer le liquide qu'il contient.

Un grand nombre de tumeurs peuvent se rencontrer dans cette région. Indépendamment des tumeurs cancéreuses qui affectent les différentes parties de l'estomac ou l'organe en totalité, comme nous l'avons observé dans le service de M. *Lerminier*, il peut aussi s'y développer des tumeurs appartenant à l'épiploon gastro-hépatique. Des masses tuberculeuses, volumineuses, peuvent se développer au-dessus de la terminaison de la petite courbure du pylore, comme je l'ai observé à l'hôpital des Enfans malades. Enfin les dégénérescences du pancréas, quoique très-rares, compliquent aussi la difficulté du diagnostic, etc.

Hypochondre droit. La percussion médiate pratiquée sur le foie donne un son mat, que M. *Piorry* a nommé son *jécoral.* A l'aide des différences de son que l'on obtient, on peut bien juger de la position et du volume du foie sur le vivant comme sur le cadavre. En se rapprochant de l'épigastre, une percussion légère fait apprécier par la matité le foie recouvrant l'estomac et plus bas les intestins ; dans ces endroits, une percussion plus forte dénote la présence d'organes creux, par le son tympanique profond.

Dans l'état normal du foie, pris de haut en bas, le son mat s'obtient de gauche à droite, de deux à quatre pouces, et va aussi en décroissant de l'épigastre à la région hépatique droite.

Dans l'hypersarcose du foie, le son mat peut s'entendre dans l'é-

tendue d'un pouce, deux pouces, trois pouces, etc., de plus que dans l'état normal. Dans l'atrophie, c'est le contraire; on la constate par la sonoréité. Dans l'hypersarcose du foie, il arrive aussi que le son mat se produit dans la cavité de la poitrine correspondante. On distinguera la présence du foie d'un épanchement pleurétique en variant la position du malade; en effet, dans le cas d'hydrothorax, la matité plessimétrique variera selon que le malade sera couché sur le dos, se tiendra sur son séant ou se mettra à plat sur le ventre. Ce phénomène physique ne s'observera pas si la matité appartient au volume du foie. Ainsi, à l'aide de ce moyen, on ne prendra pas un foie hypertrophié pour un épanchement pleurétique, comme cela est arrivé.

Le diagnostic du volume du foie dans le cas d'ascite peut être établi par la différence du son. Le son ascitique est moins mat que le son jécoral. Il faut varier la position pour apprécier le volume du foie. Dans les cas difficiles, le malade se couchera sur le côté droit, et on percutera la partie déclive. Pour que la percussion soit exacte dans ses résultats, il est utile de déprimer les parois pour que l'instrument soit en contact avec le foie. Dans les cas de maladie du foie, de tumeurs abdominales ou d'hydropisie enkystée, il sera quelquefois possible de diagnostiquer ces affections, si à l'aide de la percussion on parvient à limiter ces différens organes. Ainsi quelquefois au son jécoral succédera un son différent, qui, en rapport avec la tumeur, ne se rencontrera pas sur la même ligne que le bord inférieur du foie. Il pourra aussi arriver qu'une anse intestinale se trouve entre le foie et la tumeur; le son clair qu'on en tirera ne laissera aucun doute. Dans les cas de kystes hydatiferés du foie, la percussion donne un son mat, une sensation et un bruit que le doigt et l'oreille perçoivent lorsque l'on frappe une montre à répétition par la face opposée au verre. Si on ajoute à ces signes la sensation du frémissement qui se manifeste dans ces sortes de kyste, on aura la certitude de l'existence d'une tumeur hydatique.

On diagnostiquera de même les autres affections du foie à l'aide de

la percussion médiate et la palpation; ce dernier moyen servant à éclairer le premier, et l'un et l'autre s'entr'aidant mutuellement. Parmi ces altérations, je citerai les abcès du foie, situés dans l'un et l'autre lobe, et à des profondeurs variables. Je les ai observés plus souvent dans le lobe gauche du foie. A l'hôpital des Enfans, chez un enfant affecté de péritonite chronique, avec foyers purulens, nous avons trouvé à l'autopsie un abcès énorme occupant toute l'épaisseur du lobe gauche; c'est le seul qui s'est présenté à notre observation dans le service des garçons. A l'aide de ce moyen, on pourra aussi arriver au diagnostic des tubercules du foie, qui sont quelquefois en nombre considérable : nous en avons eu plusieurs exemples dans le service de M. *Lerminier*. Quand, dans ce cas, le ventre contient du liquide, et que pour le sentir on est obligé de déprimer la paroi abdominale, M. *Lerminier* donne à cette manière de faire le nom de *palper par surprise*. Je joindrai à ce travail une observation de cancer du foie prise dans ce service.

Les signes fournis par la percussion, au sujet de la vésicule biliaire, ne sont encore que probables; cependant dans un mémoire fait par M. *Piorry*, il cite que, dans trois cas, dans un espace circonscrit au-dessous du rebord du foie, le bruit humorique indiqua la présence de la vésicule biliaire : le diagnostic fut confirmé par l'autopsie. Pour que le bruit humorique atteste la présence de la vésicule, il faut qu'il soit bien circonscrit, qu'il ne varie pas par les changemens de position, et qu'il ne cesse pas, et ne soit pas modifié lorsqu'on fait prendre des boissons au malade.

La percussion peut être encore de quelque utilité pour faire reconnaître un état pathologique de la vésicule biliaire, qui n'a point encore suffisamment appelé l'attention des médecins. Je veux parler de l'existence de gaz dans la cavité de cette poche. Des faits bien constatés, quoique peu nombreux, prouvent que par suite de l'inflammation déterminée dans les parois de la vésicule, par la présence de calculs biliaires, des adhérences s'établissent entre elles et le duodénum; que des perforations qui font communiquer l'intérieur de ces

deux organes se forment, et que des matières alimentaires ou des gaz peuvent s'accumuler dans la vésicule. Un fait qui constate la communication accidentelle de cette poche avec le duodénum a été publié par M. *Reynaud*, dans un des numéros du Journal hebdomadaire (1829); le fait m'est présent : la femme qui nous a présenté cette disposition peu commune de la vésicule n'avait jamais été malade; lors de son pansement, plusieurs fois elle me l'a repété. Cette femme, âgée de soixante-quinze ans, avait eu l'avant-bras écrasé par la roue d'une grosse voiture; le désordre des parties était tel, que l'amputation avait été jugée nécessaire, et fut pratiquée presque aussitôt par M. *Boyer*. La malade, affaiblie par l'âge, la douleur et une diarrhée, succomba plusieurs semaines après l'opération. Il s'est présenté à l'observation de M. *Reynaud* un autre fait qui prouve ce que j'avance, sous le rapport de cette communication insolite. M. *Andral* a recueilli l'histoire d'un malade chez lequel une guérison aussi prompte qu'inespérée suivit l'expulsion par le vomissement de deux ou trois calculs. Un autre fait, qui appartient à M. le docteur *Louis*, démontre la possibilité de reconnaître pendant la vie l'existence de cette lésion. Une femme avait été atteinte d'un ictère très-intense. Bientôt après elle rendit par le rectum un calcul biliaire, du volume d'une petite noix. L'ictère disparut, et une tumeur ovoïde saillante, dans la région de l'hypochondre droit, donnant à la percussion un son très-clair, fut reconnu. Les antécédens et les circonstances physiques ne pouvaient laisser aucun doute de l'affection dont il s'agit.

Il est très-probable que la vésicule biliaire, distendue par des calculs (ce qu'on remarque assez fréquemment), donnerait à la percussion un son plus ou moins mat et variable suivant la quantité de bile contenue dans ce réservoir. On peut aussi, à l'aide du palper, reconnaître la distension de la vésicule. Ne pourrait-on pas, dans ce cas, obtenir une fluctuation partielle, telle que nous l'avons indiquée à l'article *percussion*?

Hypochondre gauche. Meckel et les autres anatomistes donnent à la rate de l'adulte, dans l'état normal, quatre pouces de long sur trois de large.

On diagnostiquera l'hypertrophie ou l'atrophie de la rate à l'aide de la percussion, et de la manière qui a été indiquée pour le foie. Il faudra de même prendre en considération le cas dans lequel l'hypertrophie de la rate donne de la matité au-dessus de l'hypochondre gauche, cas que l'on ne confondra pas avec l'épanchement pleurétique du même côté, en donnant aux malades différentes positions; il en sera de même dans les cas d'ascite. Le son propre à la rate se trouve en arrière et un peu à gauche de la région; si l'on ne rencontre dans ce point le son mat, il faut que ses dimensions soient bien diminuées, mais si, au contraire, l'estomac étant vide (considération à prendre), on trouve une matité très-grande dans une large étendue, son volume sera bien augmenté. Lorsque la rate est très-développée de haut en bas, il est difficile de la distinguer du rein : ainsi avant de se prononcer sur le siége précis de la rate, il est indispensable de bien reconnaître le rein. Le son de la rate, en raison de sa moindre épaisseur, sera moins mat que celui du rein; comme l'on sait, c'est surtout à la suite des fièvres intermittentes et fièvres typhoïdes que le développement anormal de la rate a lieu. On ne peut au moyen de la palpation que sentir l'organe au-dessous du rebord costal; mais lorsque l'estomac est vide, on peut, à l'aide du plessimètre, en apprécier exactement le volume. La densité du tissu de la rate est très-variable : à la Charité, nous l'avons observée ayant quitté sa teinte noire, et présentant un aspect rougeâtre; son tissu, devenu imperméable, comme carnifié, et présentant, comme le disait M. *Bouillaud*, l'aspect et la consistance jambonés.

Région ombilicale. — *Ombilic, mésogastre* La percussion médiate de cette région constate la présence des intestins grêles; le son obtenu tient le milieu entre la matité du foie et la résonnance des gros intestins. Ainsi le son dit *intestinal*, que donnent le jéjunum à l'iléon, dif-

fère de celui fourni par l'estomac et les gros intestins. Au reste, la résonnance de l'intestin grêle sera plus mate s'il contient des matières chymeuses, plus sonore s'il contient des gaz. Si cet intestin contenait des gaz et du liquide, on obtiendrait le bruit humorique. En s'éloignant de l'ombilic, on obtient un son mat, puis on obtient un son clair tympanique, qui caractérise le gros intestin. Si le péritoine contient un liquide, on en constatera d'autant plus sûrement la présence en portant le sujet tantôt à droite puis à gauche : la matité se trouvera constamment vers les parties déclives. Si la quantité de liquide épanchée est assez considérable pour être en contact avec la paroi abdominale, plus haut les viscères creux étant en contact avec la paroi elle-même, on obtiendra le son clair. Si dans les points où la sérosité est interposée entre l'intestin et le péritoine pariétal on déprime assez le plessimètre pour le mettre en contact avec les viscères, on obtient le son tympanique. De cette manière, on appréciera la distance des intestins des parois abdominales par la profondeur donnée au plessimètre. Cette donnée, toute pratique, devra être mise en usage avant de procéder à la paracenthèse.

La percussion médiate ne donne pas pour les intestins grêles des résultats aussi positifs que pour l'estomac; en effet, on ne peut ici introduire du liquide.

Dans cette région, il peut se développer quelquefois des tumeurs graisseuses considérables à la face interne du péritoine. Le grand épiploon offre des exemples fréquens de cette anomalie; et M. *Portal* cite que le poids d'une de ces tumeurs s'est élevé jusqu'à trente livres. On trouve encore sur les deux faces du péritoine et dans les épiploons des kystes séreux et des amas plus ou moins considérables d'hydatides. Les kystes séreux peuvent devenir flottans; les feuillets péritonéaux en particulier, les épiploons et le mésentère sont le siége de formations accidentelles décrites sous les noms d'*athéromes* et de *steatomes*, etc., dont le poids peut devenir plus considérable que celui indiqué. Le cabinet d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Paris renferme une tumeur graisseuse modelée, qui est énorme.

On se servira, comme pour les organes glanduleux, de la percussion médiate, à l'effet de s'éclairer sur le diagnostic de ces tumeurs; on y réunira aussi avec avantage la palpation.

Lombes ou flancs. Les signes que nous avons indiqués s'appliquent également aux régions lombaires droite et gauche. Dans la région cœcale, la percussion plessimétrique donne une résonnance tympanique très-claire, quelle que soit la position du sujet. On pourra, à l'aide du plessimètre, reconnaître dans le cœcum l'accumulation de matières fécales liquides ou du sang. On arrivera à ce diagnostic, si la région du cœcum donne un son mat et que la palpation ne fasse pas sentir de tumeur; on aura encore plus de certitude si le son tympanique propre à cet intestin ne se fait pas entendre sur d'autres points de l'abdomen.

Dans la région iliaque du colon, si l'intestin est distendu par des gaz, le plessimètre fournit une résonnance presque aussi tympanique que celle du cœcum. Le son intestinal ou des intestins grêles est moins clair; l'S iliaque, remplie de matières solides, donne à la percussion un son mat. Mais il est plus difficile de reconnaître par la percussion médiate le siége des colons ascendant et descendant; on y parviendra à l'aide d'injections d'eau par le rectum; en effet, après avoir bien constaté le son que donnent ces régions, et s'être assuré qu'elles ne présentent ni matité, ni bruit humorique, on fait injecter une certaine quantité d'eau dans le rectum. (Ces expériences peuvent se pratiquer sur le vivant et sur le cadavre.) Si le plessimètre donne alors un son obscur, ou que le bruit humorique soit dans le flanc gauche ou le droit, on distinguera le siége des colons ascendant et descendant. Cette distinction sera plus facile pour le dernier de ces intestins; comme on le prévoit, le liquide pénétrera plus facilement dans le dernier que dans le premier.

La palpation fait aussi reconnaître la présence de matières fécales endurcies dans le gros intestin; elle fait aussi découvrir des tumeurs situées dans le voisinage de ces viscères. Ainsi, à l'aide de la palpation

on pourra reconnaître une tumeur située vers la fin de l'S iliaque; cette partie de l'intestin, comme on en a des exemples assez fréquens, est le siége de squirrhes ou tumeurs cancéreuses.

Le volume des reins, très-variable dans l'état sain, est, suivant *Meckel*, de quatre pouces de haut sur deux de large; leur épaisseur est d'un peu plus d'un pouce; ils s'amincissent à leur circonférence. On ne peut que mesurer approximativement le volume du rein par la percussion médiate. Pour avoir des notions exactes sur le siége et le volume de l'un des reins, il faut aussi percuter l'autre et comparer le son fourni par ces deux organes. Si le son mat fourni par le rein était beaucoup plus étendu, on serait en droit de conclure qu'il serait hypertrophié; mais si au contraire le son était beaucoup plus clair que dans l'état normal, on serait porté à croire qu'il est plus ou moins atrophié. Au reste, on ne peut distinguer cet organe d'une tumeur qui en serait voisine ou qui occuperait sa place. La percussion médiate, dans le cas de tumeur urinaire, de distension de l'urètre, fournira les mêmes signes qu'une tumeur enkystée.

La palpation pratiquée à la partie postérieure des lombes pourra amener à des résultats avantageux, comme M. *Cruveilhier* l'a constaté dans son bel ouvrage d'anatomie pathologique.

Parmi les altérations des reins, quelquefois on les trouve flasques comme chez les diabétiques; leur consistance est quelquefois accrue à un degré surprenant; je les ai vus aussi convertis en graisse. Chez les vieillards on rencontre aussi fréquemment des kystes séreux plus ou moins adhérens; les reins sont également le siége de tumeurs scrophuleuses. On arrivera au diagnostic le plus satisfaisant possible de ces sortes de tumeurs, en s'aidant mutuellement de la percussion médiate et de la palpation.

Région hypogastrique. — Hypogastre. Lorsque la vessie s'élève au-dessus du pubis, distendue par l'urine, le son mat donné par le plessimètre fera reconnaître sa situation, sa dimension et son état de plénitude. A l'aide de cette percussion, on entend dans certains cas le bruit

humorique sur la circonférence de l'organe et sur les points où les intestins touchent à la vessie. Pour distinguer l'accumulation d'urine dans la vessie d'un épanchement de liquide dans le ventre, le diagnostic sera facile si on fait changer le sujet de position : la matité variera dans le cas d'épanchement; au contraire, quelle que soit la position du sujet, le son mat donné par l'urine dans la vessie ne variera pas. Les résultats plessimétriques donnés par l'hydropisie enkystée seront les mêmes que ceux donnés par la vessie. Si le plessimètre donne un son tympanique, c'est que la vessie ne contient qu'une petite quantité de liquide. On pourra reconnaître à l'aide du même procédé si dans l'hématurie la vessie contient beaucoup de sang; on jugera aussi la place que la vessie occupe, ses rapports et la direction qu'elle affecte. On pourrait peut-être bien reconnaître si la vessie est ou non contenue dans une hernie, et les épanchemens d'urine dans le péritoine, dans le cas de sa perforation. J'ai observé un cas de perforation de la vessie dans le service de MM. *Boyer* et *Roux :* l'individu était affecté de catarrhe vésical avec paralysie. La perforation ne put être attribuée qu'à la présence de la sonde. En effet, chez les vieillards la perforation de la vessie, produite par le séjour de la sonde, s'observe assez fréquemment.

La palpation servira aussi à reconnaître la plupart de ces maladies.

De l'exploration de l'utérus chez la femme.

La plupart des considérations indiquées au diagnostic de la vessie, sont de même applicables au diagnostic de la matrice. Aussi dirons-nous en peu de mots ce qui concerne l'exploration de l'utérus. Puis, il faut le dire, on a pour cet organe des moyens d'investigation plus directs, qui rentrent dans les belles attributions du diagnostic chirurgical et aussi dans l'heureuse idée de l'auscultation appliquée par M. *Kergaradec*, au diagnostic de la grossesse. Nous l'exposerons en détail à l'article *toucher*. Dans l'état de vacuité et dans l'état normal, l'utérus est situé trop profondément dans le bassin pour pouvoir

être exploré par le plessimètre. La percussion médiate pratiquée sur la vessie, dans le cas où l'utérus est vide, quelle que soit la dépression de la paroi abdominale par la plaque, donne le bruit tympanique. Dans l'état de gestation de l'organe, la percussion donne un son mat; il se produira au fur et à mesure que l'organe prendra de l'accroissement, et de cette manière on pourra suivre les diverses périodes de son développement. Le son mat de la matrice distendue est limité par une circonférence arrondie, donnera la mesure de son élévation. Des anses intestinales situées sur les côtés font entendre le bruit tympanique; on peut de cette manière limiter l'utérus du foie et de la rate. On pourra distinguer la tête de l'enfant par un son très-sec et semblable à celui d'un os; dans certains cas, peut-être bien distinguerait-on les intestins de l'enfant distendus par des gaz. Dans l'hémorrhagie interne le son mat indiquera la dilatation de la matrice et la quantité de sang approximative qui peut y être accumulée. Dans la tympanite de l'utérus on devra trouver dans les régions qui correspondent à cet organe un son tympanique clair, et autour de l'organe le son intestinal. S'il y a en même temps de l'air et du liquide, on pourra reconnaître le déplacement et le niveau du liquide, suivant les positions du sujet; ils se feront sentir dans la région qu'occupera l'utérus distendu. On ne pourra confondre, avec de l'attention, une grossesse et même du liquide dans l'utérus avec l'ascite. On pourra aussi reconnaître la grossesse compliquée d'épanchement péritonéal, ce qui présentera des difficultés. On y parviendra cependant en portant le sujet avec ménagement sur différentes parties du corps, les sons donnés par le plessimètre seront différens. Nous renvoyons de nouveau à l'art. *Toucher*, pour le diagnostic des autres affections de cet organe, voulant éviter les rédites, et les faits ne corroborant pas ce que je pourrais avancer.

Régions iliaques. La percussion médiate pourra déceler la présence de matières endurcies dans le cœcum ou l'S iliaque du colon de l'une et l'autre régions. L'invagination d'une portion plus ou moins consi-

dérable du gros intestin dans lui-même, soit dans les flancs ou les fosses iliaques, donne un son mat très-prononcé, tel que celui du choc d'un corps dur, l'engorgement des ovaires et du tissu cellulaire ambiant à la suite des couches, un engorgement chronique des ganglions lymphatiques des régions iliaques, comme on en a de nombreux exemples chez les tuberculeux, dans le carreau chez les enfans. Chez la femme ne voit-on pas les ovaires être le siége d'affections bien variées ? ne remarque-t-on pas des kystes qui contiennent un fluide plus ou moins épais, et appartiennent au genre des athéromes et à celui des mélicéris ? Une altération de texture de l'ovaire qu'on rencontre seule ou avec la précédente consiste dans la formation de substances fibreuse, fibro-cartilagineuse, cartilagineuse ou osseuse, qui se développent souvent en masses arrondies très-considérables ; c'est ici qu'il faut rapporter en grande partie les formations qui ont été décrites sous les noms de *stéatome*, *sarcome*, *squirrhe*, *ostéo-sarcome* et *ossification de l'ovaire*. Une production bien bizarre et bien étrangère à la nature de l'organe, est la présence des poils, des dents et des os, au milieu de la graisse ou de kystes remplis d'une matière gélatineuse. La présence de poils dans l'ovaire s'est présentée à la Charité à l'observation de M. *Reynaud*. Le fait a été relaté par ce médecin dans un des numéros du Journal hebdomadaire.

L'hydropisie enkystée de l'ovaire peut être si considérable et ses parois être en rapport avec le péritoine, qu'il devienne de toute impossibilité de distinguer cette hydropisie de l'ascite. Les signes de cette sorte d'hydropisie de l'ovaire, donnés par M. *Rostan*, sont de sentir la fluctuation à la partie la plus saillante de l'abdomen, tandis que le bruit du météorisme a lieu sur les parties latérales le malade étant couché sur le dos ; mais les praticiens s'accordent à dire qu'on distinguera cette sorte d'hydropisie à la manière dont le ventre s'est développé. Dans l'hydropisie enkystée, compliquée d'ascite, le son de l'ascite varie suivant la position des malades comme dans l'ascite simple. La matité fournie par la tumeur enkystée est profonde et distincte de celle de l'ascite ; il faut à l'aide de la plaque déprimer

les intestins placés en avant de la tumeur pour l'obtenir. A l'aide du changement de position que nous indiquons, on pourra constater la présence d'une petite quantité de liquide.

Du toucher.

La femme doit être dans une situation verticale ou horizontale. C'est dans la première position que l'on peut juger de la situation et des déplacemens de l'utérus, et que l'on reconnaît le ballotement du fœtus. Si la femme est debout, elle s'appuie contre un corps solide, et, se penchant un peu en avant, elle prend un point d'appui sur les épaules du médecin. Celui-ci sera assis ou bien il aura le genou opposé à la main qui touche appuyé sur le sol. La femme peut être aussi à genoux sur son lit. Dans la position horizontale, la femme sera couchée sur un lit, la tête et les épaules convenablement soutenues par des oreillers, les cuisses et les jambes fléchies, ou bien elle sera assise sur le bord d'un fauteuil, la partie supérieure du tronc étant rejetée en arrière et appuyée sur le dossier. La situation horizontale permet de mettre les parois abdominales dans le relâchement, de palper l'abdomen et d'explorer avec une main par la partie supérieure et antérieure, les organes que le doigt indicateur de l'autre main introduit dans le vagin ou dans le rectum, explore par leurs partie inférieure et postérieure. Cette main, portée sur l'hypogastre, sert aussi à pousser dans le bassin, et pour ainsi dire au devant du doigt, l'utérus ou une tumeur que l'on veut examiner. Enfin il est nécessaire que la vessie et le rectum soient libres pour que l'on puisse retirer du toucher tous les avantages possibles.

Il devient superflu d'indiquer les règles du toucher par le rectum ; ce genre de toucher permet de pénétrer plus haut dans le bassin, et d'explorer la surface postérieure de parties dont la surface inférieure est seule accessible au doigt : il est d'une grande utilité sous ces deux rapports.

L'opération du toucher offre de grandes difficultés, et exige une

grande habitude. Avec le bout du doigt, on peut, en effet, apprécier la forme des parties, leur volume, leur mobilité, leur pesanteur, leur densité, la disposition de leurs surfaces, leur température, etc. L'emploi du spéculum rend aussi de grands services; mais il ne peut remplacer le toucher; on doit même dans certaines circonstances mettre ces deux moyens en usage : ils s'entr'aident mutuellement.

Le médecin doit mettre dans la pratique du toucher toute la décence possible. Il doit y procéder avec tous les ménagemens, toute la douceur qui peuvent éviter à la femme les douleurs que cette opération peut quelquefois lui causer. Mais il est nécessaire aussi que les femmes, malgré leur répugnance ordinaire s'y soumettent avec un certain abandon.

Signes certains de la grossesse.

Pour déterminer le ballottement, on porte un doigt dans le vagin, jusqu'à ce que son extrémité soit appliquée sur la partie inférieure et postérieure du globe utérin; l'autre main est placée sur la paroi antérieure de l'abdomen, à l'autre extrémité du grand diamètre de l'utérus. Avec le doigt, on imprime à cet organe un mouvement brusque d'élévation, auquel on fait succéder immédiatement une légère pression exercée avec la main. Le fœtus est mu par cette impulsion dans la direction du diamètre longitudinal de l'utérus ou de l'axe du bassin; il s'élève d'abord, mais bientôt il retombe, et vient frapper médiatement l'extrémité du doigt placé dans le vagin.

Le ballottement, d'après tous les auteurs, est un signe certain de la grossesse. L'utérus peut être, en effet, distendu de manière à pouvoir faire illusion; mais il ne l'est jamais que par un liquide ou par un corps solide.

Un des signes certains de la grossesse est encore les mouvemens actifs du fœtus. Ces deux phénomènes ne se manifestent que vers le quatrième mois de la gestation, mais d'une manière bien différente.

Dans les cas difficiles où la grossesse est compliquée avec une maladie qui pourrait la simuler, dans les cas où l'on est appelé à prononcer devant les tribunaux, l'avis de *Desormeaux* était qu'on ne doit compter que sur les signes tirés des mouvemens actifs du fœtus et de l'auscultation. Nous indiquerons ce moyen, appliqué au diagnostic des maladies de l'abdomen.

Polypes du vagin.

Ils sont assez rares; leur consistance est généralement dure; ils sont presque toujours indolens. Enfermés d'abord dans le vagin, quelquefois ils en sortent et se montrent au-dehors. On pourrait les confondre avec certaines tumeurs propres à cette région, telles que les hernies vaginales, soit de la vessie, soit des intestins, soit de l'épiploon; un renversement du vagin, etc. Si la tumeur qu'on rencontre dans le vagin augmente et diminue de temps à autre, si elle disparaît par la pression, et se montre de nouveau quand on cesse de la comprimer; si elle devient plus volumineuse dans les efforts de la toux, etc., on juge que cette tumeur est une hernie et non un polype. Si la tumeur occupe la partie antérieure du vagin, qu'elle soit plus apparente lorsqu'il y a long-temps que la femme n'a uriné; si on y sent de la fluctuation, si elle disparaît lorsque la vessie a été vidée, si à l'aide du doigt on peut distinguer un écartement de cette paroi du vagin, et si on y sent le bec d'une sonde introduite dans la vessie, plus de doute, on a affaire à une hernie de la vessie; si la maladie était ancienne, on pourrait sentir une petite tumeur dure, formée par des calculs contenus dans l'organe, ce qu'il ne faudrait pas confondre avec une tumeur polypeuse, comme le remarque *Levret*. Chez les femmes grasses, et chez celles qui ont eu des enfans, on trouve ordinairement une saillie de la paroi antérieure du vagin, laquelle ne cause aucune incommodité. La tumeur contenue dans le vagin peut en occuper les parties supérieures et latérales. Si elle est réductible, et qu'elle fasse entendre un bruit de gargouillement, on a réduit une hernie intestinale. Il arrive dans

quelques circonstances que des tumeurs hydatiques, ayant leur siége dans les parois du vagin ou dans le tissu cellulaire qui l'entoure, proéminent dans la cavité, et donnent lieu à des tumeurs plus ou moins considérables. Ces tumeurs, en rendant difficile et quelquefois impossible l'excrétion de l'urine, pouvant apporter les plus grands obstacles à l'accouchement, ont besoin d'être signalées à raison des difficultés de leur diagnostic. En effet, il est arrivé que le liquide qui les remplit en distend tellement les parois, qu'on ne peut y sentir la fluctuation : elles se présentent comme un corps dur qui pourrait faire croire à la présenee d'un polype. Si le sac hydatique est unique, comme cela s'est vu, la percussion ne pourrait donner le frémissement particulier de ces productions accidentelles. Dans ce cas peut-être une ponction faite avec un trois-quarts très-fin, les précautions étant prises pour s'assurer qu'elle ne peut intéresser la vessie, doit éclairer le diagnostic et précéder toute sorte d'opération. Je citerai un fait que j'ai observé à la Charité.

Dans le cas de chute du vagin, il se forme un bourrelet circulaire qui se montre entre les lèvres de la vulve et quelquefois au-dehors : le doigt, porté au milieu de ce bourrelet, pénètre au fond du vagin, et sent le col utérin. Au sujet des polypes de la matrice, nous établirons leur diagnostic d'avec ceux du vagin.

Dans la métrite, le toucher jette le plus grand jour sur le diagnostic, lorsqu'il est douteux ; il en fait aussi reconnaître en partie l'étendue, le siége précis et l'intensité ; on ne doit pas négliger d'y avoir recours. En introduisant le doigt dans le vagin, on trouve ce conduit chaud et quelquefois brûlant ; et lorsqu'on a pénétré jusqu'à l'utérus, on provoque toujours de la douleur dans le lieu qu'occupe l'inflammation, et dans cet endroit seul quand elle est circonscrite : en même temps on y sent manifestement du gonflement.

Dans la métrite chronique, le toucher fait ordinairement reconnaître un abaissement plus ou moins considérable du corps de l'utérus, quelquefois une déviation du corps de cet organe, et presque toujours alors de l'engorgement, de la dureté et de la douleur

dans un point plus ou moins étendu de son corps. Le prurit insupportable du vagin peut faire soupçonner une métrite chronique, que le toucher fait ensuite reconnaître.

Engorgement et ulcération simple du col utérin. Le toucher peut être douloureux dans ces affections; on doit donc le pratiquer avec délicatesse et prudence. On peut avec le doigt reconnaître le boursouflement qui existe dans les parties. Mais gardons-nous de prendre pour un engorgement, pour une maladie, un allongement naturel du col, que M. *Lallemant*, le premier, a eu occasion de mentionner, et que *Bichat* n'a fait qu'énoncer. Souvent on ne peut distinguer les ulcérations qui existent, et qui n'ont leurs bords ni durs, ni calleux, ni renversés. Elles imitent celles qu'on observe quelquefois sur la muqueuse du prépuce. Dans quelques cas, leur pourtour fournit de petites végétations susceptibles de dégénérer et de devenir fongueuses. Aussi est-ce là le cas de faire usage du cône creux (le *speculum uteri*), précieux instrument que M. le professeur *Récamier* a fait revivre de notre temps, et qui depuis a été diversement modifié.

Le diagnostic de la descente de matrice ne présente ordinairement aucune difficulté. Cependant, faute d'attention, on pourrait la confondre avec un polype de la matrice ou du vagin ; mais on sait que dans la descente de matrice, la tumeur rentre facilement, et qu'ordinairement elle se réduit d'elle-même quand la femme est couchée ; tandis que le polype n'est pas toujours susceptible de réduction. Dailleurs la tumeur formée par la descente de matrice diffère d'un polype, en ce que la partie la moins large est la plus basse, et en ce que son extrémité présente une ouverture placée en travers.

Le diagnostic du renversement de la matrice qui arrive au moment même de l'accouchement présente rarement de la difficulté. Si le renversement est incomplet, le toucher fait apercevoir dans le vagin une tumeur qui a la forme d'un segment de sphère, entouré par le col de la matrice comme par un bourrelet, autour duquel on promène l'extrémité du doigt, soit qu'on l'introduise entre le bourrelet

et la tumeur, ou entre le bourrelet et le vagin. Le diagnostic présente un peu plus de difficulté lorsque le renversement existe depuis longtemps. On ne peut confondre l'utérus renversé avec la chute de cet organe. Les signes de celle-ci ont été donnés ; mais, au contraire, il est souvent difficile de distinguer le renversement de la matrice du polype. Pour saisir la différence qui existe entre ces deux espèces de tumeurs, il faut avoir égard au pédicule du polype, qui est généralement plus long et plus grêle que celui de la matrice renversée, qui est toujours plus gros, plus court, et est entouré supérieurement d'un bourrelet peu saillant, sous lequel le doigt ne pénètre qu'à quelques lignes de profondeur. Le pédicule du polype descend de l'intérieur de la matrice ou du bord de son orifice ; dans ce cas, le doigt peut être promené à une très-grande profondeur. Dans l'autre, l'orifice de la matrice est près du pédicule du polype ; dans ce cas, en palpant l'hypogastre on peut parvenir à sentir la matrice; au contraire, lorsqu'il y a renversement de la matrice, on ne peut en avoir la sensation, et la cavité du bassin semble pour ainsi dire vide. Le diagnostic du renversement de la matrice produit par un polype qui s'est développé dans sa cavité et qui en est sorti, présente quelquefois beaucoup de difficultés. Il en sera question au diagnostic des polypes de l'utérus.

Dans la rétroversion de l'utérus, le doigt indicateur, porté dans le vagin, rencontre à peu de distance de son orifice un corps solide et arrondi; c'est la face postérieure de la matrice. Si l'on porte le doigt à la paroi antérieure du vagin, et qu'on cherche à le faire pénétrer entre la tumeur, le plus ordinairement on ne peut atteindre l'orifice de l'utérus, ou du moins on ne touche que sa lèvre postérieure à une hauteur plus ou moins grande derrière le pubis. Si l'on porte le doigt dans le rectum, on sent une tumeur formée par le fond de la matrice qui repose sur le sacrum. Le degré de la rétroversion de l'utérus, est en raison de la hauteur à laquelle son orifice est situé, et de la difficulté d'y parvenir.

De l'antéversion.

Le doigt introduit dans le vagin rencontre le fond de l'utérus; en avant contre le pubis, on trouve le col en arrière contre le sacrum. La vessie et le rectum peuvent se trouver comprimés; mais ces accidens ont moins de danger que dans la rétroversion. En effet, le déplacement n'est jamais aussi considérable en avant qu'il peut l'être en arrière.

Des calculs ou pierres de la matrice. Si les calculs sont près du col de l'utérus et que l'orifice en soit dilaté, il est possible d'en reconnaître la présence par le toucher, soit immédiatement avec le doigt, soit à l'aide d'un catéther. Dans certains cas, ils ont usé la paroi postérieure du vagin, et ont donné lieu à des fistules vagino-rectales.

Des polypes de l'utérus.

Le toucher qui, dans la plupart des cas, fournit le signe pathognomonique de ces tumeurs ne peut les faire connaître quand elles ne font point saillie à travers l'orifice de l'utérus: le doigt alors ne peut les atteindre. Cependant on ne doit pas négliger ce moyen d'investigation, quand on observe chez une femme des pertes de sang habituelles, un écoulement séreux, sanieux ou puriforme, et d'autres symptômes qui annoncent la lésion des fonctions utérines, surtout quand l'état de dépérissement des malades est plus avancé que ne paraît devoir le comporter le nombre, la durée et l'abondance des pertes utérines. Mais comme il se passe un long temps entre l'apparition des premiers symptômes et l'époque où la tumeur a suffisamment élargi l'orifice de la matrice pour faire saillie dans le vagin, il faut, lorsqu'on soupçonne l'existence d'un polype, explorer souvent le vagin au moyen du toucher. Lorsque le polype a dilaté l'orifice de la matrice, et qu'il a fait saillie dans le vagin, le diagnostic présente rarement

de la difficulté. Le doigt introduit dans le vagin y rencontre en haut une tumeur qui remplit le col de la matrice et en écarte les bords : elle est plus ou moins grosse et saillante ; elle est ronde, dure, lisse au toucher, et entourée d'un enfoncement circulaire qui la sépare d'avec les bords de l'ouverture qui lui donne passage ; on peut promener le doigt dans l'espèce de cul-de-sac qui termine le vagin. On pourrait confondre cette tumeur avec le fond de la matrice incomplètement renversée ; mais on évitera cette méprise, si l'on considère que le polype est indolent et ne permet aucune réduction, au lieu que le fond de l'utérus se laisse réduire avec facilité, quoiqu'il redescende un instant après. On emploiera avec avantage le spéculum utéri pour compléter le diagnostic.

Lorsque le polype est tout à fait descendu dans le vagin, le toucher fait reconnaître une tumeur plus ou moins volumineuse, dont on peut parcourir toute la circonférence. Cette tumeur, qui remplit le vagin en totalité ou en partie, est plus ou moins dure, lisse au toucher, ronde ou piriforme, plus large inférieurement que supérieurement où existe le pédicule. Si le polype est petit ou de moyenne grosseur, on peut atteindre son pédicule avec le doigt ; alors on remarque qu'il sort de la cavité de la matrice par l'orifice dilaté, qui forme un bourrelet circulaire plus ou moins saillant. Le doigt ou un instrument mousse peut pénétrer profondément entre le bourrelet et le pédicule ; mais si on le porte entre le bourrelet et le vagin, il est arrêté par le cul-de-sac que forme ce canal. Mais lorsque la tumeur a pris un accroissement considérable dans le vagin et qu'elle le remplit entièrement, elle pousse en haut le col de la matrice, et éloigne tellement son orifice, que le doigt ne peut le toucher, il est même souvent impossible d'atteindre le pédicule. On pourrait, dans l'un et l'autre cas, prendre cette tumeur pour un renversement complet de la matrice, ou pour une chute de cet organe ; mais on évitera cette méprise en songeant à la forme de la tumeur, à sa consistance, à son degré de sensibilité et à la possibilité ou l'impossibilité de la réduire.

Lorsque le polype est sorti du vagin, il se forme une tumeur entre les cuisses, du volume quelquefois de la tête d'un enfant nouveau-né, laquelle entraîne par son poids le fond de l'utérus auquel elle est attaché. Si le renversement est peu considérable, on sent le pédicule du polype; s'il est total, il y a deux tumeurs, l'une inférieure, beaucoup plus grosse, indolente, dure et irréductible, formée par le polype; l'autre, supérieure, moins grosse, moins dure, douloureuse, sert pour ainsi dire de racine au polype. C'est la matrice renversée.

Des corps fibreux.

Les corps fibreux qui ont leur siége dans le tissu même des parois de la matrice occupent quelquefois le museau de tanche, presque toujours le corps même de la matrice ou l'épaisseur de son col. Dans le premier cas, le doigt peut les distinguer lors même qu'ils sont encore très-petits; dans le second, ce n'est que lorsqu'ils ont acquis un certain volume qu'ils produisent les divers symptômes qui les font reconnnaître. Les corps fibreux placés sous la membrane péritonéale de la matrice ne décèlent leur existence que quand ils sont volumineux; alors ils forment dans la région hypogastrique une tumeur arrondie, indolente, tantôt enfermée dans le bassin, tantôt saillante au milieu de l'hypogastre, ou située dans l'une ou dans l'autre des fosses iliaques. Le palper peut être utile ici pour faire reconnaître l'existence de ces tumeurs.

Cancer de la matrice.

Le toucher sert à reconnaître le cancer quand il occupe le col de l'utérus, et même aussi quand il a son siége dans le corps de l'organe. Si l'on explore attentivement le col, on le trouve sensiblement déformé, et en plaçant l'autre main sur l'hypogastre, on s'assure par les mouvemens que l'on imprime à l'utérus que cet organe est augmenté de volume et que sa forme est changée. Dans la métrite chronique, le col de l'utérus peut être tuméfié, mais il est mollasse et ne présente

pas d'endurcissement partiel, et la terminaison de la maladie est ordinairement heureuse. Dans les polypes de l'utérus, le col n'est jamais dur. Le col de l'utérus peut être le siége d'une ulcération qui succède à un déchirement de cette partie, ou qui est due au vice vénérien : la cause peut éclairer le diagnostic. De plus, ces ulcérations occupent un espace très-borné, et leur surface est moins ferme, moins sensible au toucher que celle des ulcères cancéreux. Dans la première période du cancer, si l'on pratique le toucher, on trouve que le museau de tanche est envahi en totalité ou en partie et que, dans les autres points, il présente de la dureté; qu'il laisse couler par la pression des doigts un liquide sanieux, sanguinolent; enfin que l'orifice de l'utérus est entr'ouvert et irrégulier. Ces diverses altérations deviennent sensibles à la vue à l'aide du spéculum utéri. Dans la seconde période, le toucher fait sentir le col de l'utérus ramolli, fongueux, ulcéré; et l'introduction du spéculum le fait voir dégénéré en un champignon cancéreux ou rongé par un ulcère carcinomateux. Dans la troisième période, la maladie est devenue une affection générale, et la diathèse cancéreuse s'établit. La science et la pratique doivent à M. le professeur *Récamier* d'avoir éclairé dans ces derniers temps le diagnostic du cancer de l'utérus et des parties environnantes à l'aide du toucher pratiqué par le rectum. De cette manière on reconnaît l'état sain ou malade des annexes de l'utérus ; on reconnaît si cet organe a contracté des adhérences avec les parties voisines, s'il est augmenté de volume, de pesanteur, etc.

Du toucher par le rectum.

Dans la rectite, la muqueuse peut être ramollie, épaissie, indurée, ou même ulcérée; des végétations s'élèvent quelquefois de sa surface, et peuvent plus ou moins oblitérer la cavité de l'intestin. M. le professeur *Andral* a trouvé à la partie supérieure du rectum une végétation du volume d'une noix, dont le pédicule, formé par la muqueuse, avait un pouce de long. Dans la rectite chronique, il peut y avoir in-

duration des tissus, hypertrophie de la tunique charnue, et rétrécissement de la cavité du rectum. Des ulcérations peuvent amener la perforation du rectum; alors une communication s'établit suivant les cas entre cet intestin et le péritoine, le tissu cellulaire sous-péritonéal, l'utérus, la vessie, etc. Les tumeurs, les végétations de l'anus peuvent être confondues avec des hémorrhoïdes ou avec des produits de l'infection syphilitique. On reconnaîtra ces affections soit par le toucher, soit par la vue à l'aide du speculum utéri.

Des hémorrhoïdes.

Elles ont leur siége vers la partie inférieure du rectum ou dans son intérieur ; elles sont dites *externes* ou *internes*. Les tumeurs hémorrhoïdales externes sont vacillantes, pendantes, et ne tiennent à la marge de l'anus que par un pédicule plus ou moins étroit : leur surface est le plus ordinairement lisse, tendue, d'une couleur rouge bleuâtre ou violacée (couleur du sang qui les remplit) ; mais quelquefois elles sont blanchâtres, flasques, affaissées, et ne semblent être qu'un simple prolongement membraneux.

Le diagnostic des tumeurs hémorrhoïdales externes est généralement facile. Leur forme ronde, leur couleur bleuâtre ou noirâtre, leur surface lisse et recouverte par une membrane mince du côté de l'anus et par la peau du côté opposé, suffisent pour les faire distinguer des excroissances vénériennes. Leur forme est très-variée; leur surface est granulée, hérissée d'aspérités, de rugosités qui laissent échapper une matière liquide et fétide. Elles se distinguent des hémorrhoïdes flétries, parce qu'elles ne sont pas, comme ces dernières, couvertes par une peau flasque et ridée qui devient luisante quand on la tend avec les doigts. Le diagnostic des hémorrhoïdes internes n'est pas exempt de difficultés : quand elles sont petites, on ne peut pas les reconnaître; mais elles peuvent acquérir un volume de manière à rétrécir l'intestin. On reconnaît ces tumeurs par l'exploration du rectum avec le doigt; elles peuvent remplir tellement le rectum que les excrémens

ne passent que difficilement; les matières surmontent alors la résistance des tumeurs hémorrhoïdales, et les poussent à l'extérieur. Le sphincter de l'anus forme un bourrelet qui étrangle le paquet hémorrhoïdal. Leur couleur est violette ou noirâtre; leur consistance est moindre que celle des tumeurs squirrheuses du rectum.

Des corps étrangers. Le doigt introduit dans le rectum reconnaît la présence des corps étrangers, souvent même leur forme, leur volume et les circonstances qui s'opposaient à leur expulsion spontanée. On peut reconnaître leur présence à l'aide d'autres agens explorateurs employés avec intention et sans intention. M. *Boyer* en cite plusieurs exemples dans son ouvrage de chirurgie.

De l'exploration de la prostate chez l'adulte. Dans l'inflammation de la prostate, le doigt introduit dans le rectum fait sentir une tumeur formée par la glande; si on le comprime, on produit de vives douleurs. Le doigt fait aussi reconnaître une tumeur dans laquelle on sent de la fluctuation, circonstance qui annonce en même temps que le pus, au lieu d'être infiltré dans cette glande, y forme un dépôt. Le fait suivant confirme l'importance du toucher. Un médecin affecté depuis long-temps de rétention d'urine avait une grande répugnance pour les moyens chirurgicaux; il se trouvait dans un état déplorable lorsqu'il eut recours à l'avis de *J.-L. Petit.* Ce praticien introduisit un doigt dans l'anus, et toucha une tumeur plus grosse que le poing, qui n'était pas dure, dans laquelle il saisit une fluctuation qu'il aurait pu prendre pour la fluctuation de l'urine, si ce qui se trouvait entre le fluide et son doigt eût été plus épais. *Petit* pratiqua le cathétérisme. Il sortit par la sonde une chopine de pus très-liquide et extrêmement fétide. Ce malade, un des plus habiles praticiens de son art, observa très-exactement un régime: sa maladie fut suivie de guérison. Pour apprécier l'engorgement squirrheux de la prostate (très-commun chez les vieillards), le doigt fait sentir la tuméfaction, et si l'organe est mou ou dur, l'hypertrophie de la prostate peut encore dépendre de

ce qu'il s'est développé dans sa substance des corps fibreux ou fibro-cartilagineux analogues à ceux de l'utérus, ou bien des calculs plus ou moins nombreux. M. *Dupuytren* en a retiré douze chez le même individu par diverses incisions. La prostate peut être encore le siége de tubercules scrophuleux ; on l'a trouvée convertie en matière encéphaloïde. Je l'ai vue, à la Charité, présentant l'état tuberculeux, ainsi que l'origine des cordons spermatiques et le testicule droit. La pièce anatomique fut préseutée à M. *Roux*, qui considéra cette altération comme tuberculeuse. On sait que ce professeur a désigné cette altération du testicule sous le nom de *sarcocèle tuberculeux*, bien différente du sarcocèle cancéreux.

J'ai constaté, à l'aide du toucher par le rectum, la présence de calculs dans la vessie d'un enfant de six ans. Cet enfant, qui devait subir l'opération, succomba à une variole dont l'éruption fut irrégulière. L'autopsie confirma le diagnostic établi par le cathéter et par le toucher : on trouva deux calculs amygdaloïdes dans la vessie, etc.

Chute et renversement du rectum. Cette tumeur se présente sous la forme d'un bourrelet plus ou moins épais autour du fondement. Large et arrondie en bas, bornée en haut par le cercle de l'anus, auquel elle est continue, elle présente dans son milieu une ouverture froncée d'où sortent les excrémens : on l'observe fréquemment chez les enfans.

De l'invagination du colon dans le rectum. Cette tumeur est cylindrique, mollasse, rouge, et de sa surface suinte des mucosités et du sang. Son extrémité inférieure présente une ouverture froncée, dans laquelle on peut introduire le doigt. Sa base, au lieu d'être continue au cercle de l'anus, comme dans la chute du rectum, permet d'introduire le doigt ou un stylet mousse entre la circonférence de la tumeur et le rectum.

De la fissure ou gerçure à l'anus, accompagnée du resserrement spasmodique du sphincter. Les signes indiqués par M. *Boyer* sont les suivans : le doigt indicateur ne pénètre qu'avec difficulté dans le rectum, son introduction est très-douloureuse ; elle devient intolérable si on appuie sur la gerçure. Le doigt éprouve une constriction remarquable, et cette constriction est un des signes caractéristiques de la maladie. On ne sent sur la muqueuse du rectum ni tumeur ni dureté ; on sent quelquefois une dépression allongée et parallèle à la longueur de l'intestin. La constriction avec fissure s'observe plus souvent que la constriction sans fissure : ces deux affections sont même dans le rapport de neuf à un.

Polypes du rectum. Ce n'est qu'en introduisant le doigt dans le rectum que l'on peut y reconnaître l'existence d'un polype, son volume, le lieu de son insertion, la largeur de sa base. S'ils sortent du rectum, et qu'ils se montrent au dehors, la vue seule suffit pour les faire reconnaître.

Cancer du rectum. Le doigt, introduit dans le rectum, sent un bourrelet circulaire dur, qui rétrécit plus ou moins la largeur de l'intestin et le réduit à une sorte de filière. Quelquefois il se forme une perforation dans la paroi recto-vésicale chez l'homme, ou recto-vaginale chez la femme. Dans le service de M. *Lerminier*, j'ai vu une communication du rectum dans le vagin, de la largeur de la paume de la main : la pièce a été dessinée par M. *Carswel*. On peut bien reconnaître le degré du rétrécissement, mais on ne peut toujours distinguer les limites du mal. Pour constater le degré du rétrécissement et la situation du mal, le doigt ne peut toujours suffire ; on a recours à l'usage d'une sonde de gomme élastique, comme moyen explorateur et pour pénétrer au-delà du rétrécissement, comme je l'ai vu faire par M. *Roux* à la Charité. Ce chirurgien habile pense que l'on pourrait porter ses recherches dans une autre partie de l'intestin, telle que l'*S* iliaque du colon, où siége assez souvent la dégénérescence qui nous occupe.

En explorant l'intestin à l'aide d'un conducteur, la main placée dans la fosse iliaque gauche sentirait un corps dur. Ce moyen a besoin d'être soumis au creuset de l'expérience, et d'être manié par les praticiens habiles dont je m'honore d'avoir été l'élève.

Action du palper de la surface abdominale.

En général, tout abdomen sain est mou, souple et facilement dépressible; cependant quelques individus nerveux, à abdomen plat, présentent une tension des muscles qui pourrait en imposer au premier abord à l'observateur. On ne se laissera pas de même induire en erreur par des cicatrices de l'abdomen, suite de déchirures, plaies du ventre, brûlures, etc.

La position du malade doit être celle dans laquelle les muscles abdominaux sont dans un relâchement complet; déjà elle a été indiquée. Le médecin applique largement la main sur le ventre, et exerçant une pression modérée, il en apprécie la densité, ou bien, appuyant avec plus de force, il étudie celle des tumeurs placées plus ou moins profondément, leur étendue; en examine la forme, pour en déduire, d'après leur situation, la connaissance de tel ou tel organe malade. Dans cet article, nous examinerons et la densité et la forme de certaines tumeurs situées plus ou moins profondément dans l'abdomen, et que l'on reconnaît à l'aide du palper.

Dans la péritonite aiguë, on observe une tension dans la totalité ou dans une portion plus ou moins considérable de l'abdomen, ce que l'on désigne sous le nom de *rénitence*. Lorsque l'on applique la main sur l'abdomen, et que l'on essaie de le déprimer, on éprouve une résistance provenant d'une force d'élasticité qui tendrait à repousser la main qui comprime, phénomène résultant du météorisme et de la contraction permanente des muscles.

Dans la péritonite chronique terminée par adhérences, en palpant le ventre, on sent que l'on fait mouvoir la masse des intestins avec les parois abdominales; sa consistance est particulière; une fois qu'on

l'a bien appréciée, on ne peut plus la méconnaître. Cette densité peut exister dans une partie ou dans la totalité de l'abdomen; en effet, le siége et la terminaison de la péritonite sont très-variables. Ne remarque-t-on pas fréquemment à l'autopsie le tiers inférieur du péritoine contenant une grande quantité de pus, au milieu duquel baignent quelques portions de l'intestin grêle, tandis que les organes qui remplissent les deux tiers supérieurs de la cavité de l'abdomen ont contracté des adhérences intimes. Le contraire peut se remarquer, les adhérences existant inférieurement; quelquefois on trouve tous les organes qu'enveloppe le péritoine tellement confondus en une seule masse, qu'on ne peut les séparer les uns des autres que d'une manière incomplète.

De la palpation des tumeurs abdominales.

En traitant du volume et de la forme que prend l'abdomen dans les maladies, nous avons déjà indiqué plusieurs tumeurs; aussi pensons-nous nous restreindre dans cet article, qui offre un champ bien vaste au diagnostic : ce sont des faits que nous allons exposer, tant ceux qui ont été recueillis par nous que ceux qui m'ont été communiqués.

Les tumeurs abdominales sont extrêmement multipliées dans leurs espèces; il n'est aucun des organes contenus dans cette cavité qui ne puisse en devenir le siége. Si on voulait relater tous les faits de ce genre qui présentent de l'intérêt, il en résulterait des volumes entiers. Nous nous bornerons à un petit nombre de cas, qui nous serviront à démontrer combien le diagnostic des tumeurs du ventre présente de l'intérêt et peut devenir difficile, et sous le rapport des organes qui en sont le siége, et par rapport à la nature de la tumeur. Je sais bien que pour être conduit à une masse de faits imposante, il eût été nécessaire de passer en revue les diverses espèces de tumeurs propres à chaque organe et à chaque région en particulier, ordre que nous nous sommes imposé et que nous avons suivi autant qu'il nous a été pos-

sible. Dans l'impossibilité où je suis de compléter un plan aussi vaste, je fixerai mon attention sur quelques cas particuliers et sur la difficulté que présente leur exploration.

Région épigastrique. Les tumeurs que l'on rencontre le plus fréquemment dans cette région sont dues à des organes squirrheux, cancéreux du pylore ou des parois de l'estomac; mais il est facile de les confondre avec ceux du pancréas, ou de l'épiploon, ou de masses tuberculeuses siégeant dans cette région, ou bien avec quelques tumeurs de quelque nature qu'elles soient, provenant soit du foie, soit de la rate, etc. Observation prise dans le service de M. *Lerminier* à la Charité. Je la dois à la bienveillance de mon ami M. *Littré :* aussi suis-je jaloux de lui faire occuper le premier rang parmi les faits que je me propose de produire.

Ire. OBSERVATION.

Cancer du foie.

Marie Rosted, mariée, âgée de trente-huit ans, journalière, demeurant au Gros-Caillou, entra à la Charité le 7 juillet 1828, et fut placée salle Sainte-Marthe, n°. 22. La malade présente l'état suivant : le ventre est énormément distendu; si on exerce la percussion, on sent manifestement un flot de liquide, l'ascite est considérable ; si on le palpe, on reconnaît qu'outre la sérosité le foie contribue à en augmenter le volume. Ce viscère a, en effet, acquis un développement extraordinaire ; il descend à droite jusque près de la crête iliaque, sur la ligne médiane jusqu'à l'ombilic ; à gauche, il se sent aussi au-delà des côtes. La main distingue non-seulement cet accroissement de volume, mais encore des inégalités et des tumeurs qui en font ce qu'on a appelé un *foie marronné* : il est légèrement douloureux à la pression. Le dévoiement accompagne cet état (trois ou quatre selles liquides par vingt-quatre heures). La langue est lisse, et tend à se sé-

cher. L'appétit est nul ; quand la malade a pris le peu d'aliment qu'elle désire, elle sent, dit-elle, qu'ils ne peuvent passer. Elle a aussi une toux légère, peu d'expectoration : elle a craché du sang il y a un mois. La poitrine est sonore partout, la respiration naturelle. Le cœur paraît dans l'état physiologique. Point de céphalalgie ; le sommeil est assez bon ; le pouls est petit, mais sans fréquence ; la peau sans chaleur. La malade est dans un état de marasme très-avancé. Les jambes sont enflées jusqu'aux malléoles. Cette affection date de quatre mois, au dire de la malade, et il est très-difficile de remonter aux causes qui l'ont produite. Cette femme n'a point reçu de coups sur l'hypochondre droit ; les digestions ne se sont point dérangées antérieurement à cette époque. Au début, elle se crut grosse, mais elle ne tarda pas à être détrompée. Elle eut un crachement de sang, pour lequel elle se fit faire une saignée. Le seul symptôme relatif au foie qu'elle ait présenté avant sa maladie, c'est qu'à chaque grossesse (et elle en a eu trois) elle est devenue ictérique. Au reste, l'état squelettique de la malade prouvait que la maladie était plus ancienne qu'elle ne le pensait ; il est probable qu'elle n'a commencé à s'en apercevoir que lorsque son ventre s'est tuméfié, et que déjà la désorganisation cancéreuse avait fait bien des progrès. Les résultats de l'autopsie sont favorables à cette manière de voir.

On prescrivit d'abord des frictions scillitiques ; mais bientôt, vu son état désespéré, on se borna à une potion aromatique.

La malade s'affaiblit très-promptement, le pouls s'accélère, la langue se sèche, et la mort survient le 11 juillet au matin.

L'autopsie fut faite le lendemain matin, vingt-deux heures après la mort.

Le marasme est extrême. Le cerveau est mou dans toute son étendue. Les poumons sont sains ; le cœur dans son état naturel. A l'ouverture du ventre il sort une très-grande quantité d'une sérosité citrine. Le foie est trouvé tel que le palper l'avait fait reconnaître ; son volume est énorme : il pèse près de neuf livres. A sa surface externe on aperçoit une foule de tumeurs blanchâtres ; si on les coupe, on

aperçoit une substance tantôt dure, tantôt ramollie, parsemée de filamens rouges : ce sont les vaisseaux qui la parcourent. Dans quelque sens que l'on fende le foie, on trouve de pareilles tumeurs, de volume inégal et parvenues aussi à un degré inégal de ramollissement : c'est le tissu encéphaloïde à l'état de crudité et à celui de ramolissement. Presque tout le tissu du foie est envahi par cette substance de nouvelle formation; là où il reste il est jaune. La vésicule contient une bile très-noire et très-épaisse. Du reste, les conduits de ce liquide sont libres. L'estomac est sain, excepté à sa partie pylorique, où il est le siége d'un endurcissement squirrheux. La membrane muqueuse manque dans l'espace de deux pouces; deux ulcérations se font voir dans ce point : l'une d'elle est très-profonde; son fond est formé par le péritoine seul. Le duodénum est sain, aussi bien que tout le reste de l'intestin grêle, qui contient vers la fin des matières alimentaires non digérées. Le cœcum est sain, mais le colon présente d'espace en espace des plaques d'un rouge assez vif. Le rein droit est atrophié; il n'a pas la moitié du volume de l'autre; il offre dans la substance corticale un petit kyste gros comme une noisette, qui contient une liqueur noirâtre. Point de calcul dans l'un ni dans l'autre. La vessie et la matrice sont saines.

II^e. OBSERVATION. (*Service de M.* JADELOT.)

Diarrhée, délire, et tumeur du ventre.

(Je ne citerai de cette observation, fort intéressante, tant par les symptômes qu'elle a présentés que par ses altérations pathologiques, que ce qui a rapport à mon sujet. J'en ai fait lecture à la Société anatomique de Paris.)

Joure, âgé de six ans, Limousin, salle Saint-Jean, n°. 30, entré à l'hôpital le 14 juillet 1830 : état de délire et d'agitation continuelle jusqu'au 20. Le 21, en palpant le ventre, on sent une tumeur bien manifeste aux environs du foie, au-dessous des côtes. Cette tumeur a été aussi constatée plusieurs fois par M. *Littre*. Le

22, elle disparaît : aucun de nous ne la retrouve. Le ventre du malade est tout à coup très-douloureux et tendu. Mort le 23. *Autopsie le 25 juillet, quarante heures après la mort.* Le péritoine contient une petite quantité d'un liquide trouble, quelques fausses membranes aux environs de la vésicule biliaire ; celle-ci est flasque, affaisée sur elle-même et ne contient qu'une petite quantité de bile ; vers le col de l'organe, on remarque un petit pertuis qui laisse écouler la bile, si on comprime son bas-fond. La vésicule, ouverte, présente plusieurs ulcérations de largeur et de forme différentes. Les plus petites ressemblent à un follicule ulcéré. Deux ulcérations sont de la largeur d'une pièce d'un franc. Les canaux biliaires sont examinés. L'extrémité d'une sonde cannelée, sans cul-de-sac et en pointe, pénètre dans le canal hépatique; le canal cystique ne peut l'admettre. On reconnaît que son diamètre est diminué à quelques lignes de son origine.

Notre malade nous a offert un bel exemple de méningite à l'état purulent et général.

L'ulcération de la vésicule avec perforation, que je viens de décrire, ne s'était pas encore présentée à l'observation de M. *Jadelot* et de M. *Guersent*, d'après l'aveu qu'ils m'en ont fait.

III^e. OBSERVATION. (*De la Clinique de M.* RÉCAMIER.)

Tumeur du foie.

Une jeune femme portait depuis plusieurs années une tumeur dans l'hypochondre droit, laquelle s'étendait jusqu'à la ligne blanche, et faisait saillie à l'extérieur : cette tumeur était arrondie, dure, immobile, et ne développait pas de douleur par la pression. M. *Récamier* y ayant reconnu de la fluctuation, la regarda comme dépendant d'une hydropisie enkystée du foie, et se décida à pratiquer une ponction, moyen qu'il a adopté. A cet effet, il enfonça dans la partie la plus déclive un trois-quarts très-fin, qui donna issue à un liquide

aqueux et limpide. Cette opération fut suivie d'un plein succès ; tous les accidens qui avaient été la suite du développement de l'abdomen se dissipèrent complètement, et la malade sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

Cette observation pratique démontre l'innocuité de la ponction.

IV^e^. OBSERVATION.

Hypersarcose de la rate.

Passementier, âgé de vingt-quatre ans, entré le 5 février 1829. Abdomen volumineux (gaz et liquide) ; les jambes enflaient vers le soir. Le dévoiement a cessé peu de jours après son entrée. Le ventre était resté gros. On s'aperçut qu'une tumeur existait dans l'hypochondre gauche, qu'elle dépassait la base de la poitrine dans une étendue grande comme la paume de la main. D'après les bons résultats obtenus par M. *Bailly* contre les grosses rates, M. *Serres* eut recours au sulfate de quinine, jusqu'à la dose d'un gros par jour. L'hypochondre s'affaissait, la rate diminuait sensiblement sous l'influence de cette médication active, mais on fut obligé de cesser à cause du dévoiement.

Ce malade avait eu la fièvre tierce il y a six ans. Il avait de la fièvre ; le ventre était développé, sonore à droite, mat et plus bombé à gauche ; tout à coup le ventre a été sensiblement diminué ; le malade avait rendu des vents par l'anus et quelques-uns par la bouche. Le ventre semblait être revenu à son état naturel, sans la saillie formée par la tumeur de l'hypochondre gauche ; la flactuation n'était évidente en aucun point de l'abdomen, il était sonore partout. Le malade sortit le 11 mai. La durée de son séjour fut de quatre-vingt-dix-sept jours.

M. *Piorry*, qui a fait usage du sulfate de quinine dans les gonflemens de la rate, préconise ce moyen, et en a retiré des résultats avantageux.

J'ai vu dans le service de M. *Guersant*, sur une petite fille âgée

de deux ans et demi ; la rate être quintuplée de volume; elle semblait faire équilibre au foie, qui lui-même était hypertrophié. Le ventre avait acquis un volume remarquable. Cette rate énorme occupait tout l'hypochondre gauche, refoulait le diaphragme de ce même côté, et diminuait d'autant la cavité de la poitrine ; son extrémité descendait dans la fosse iliaque gauche. Le volume de cette rate contrastait beaucoup avec la petitesse du sujet. Chez les enfans de cet âge, le gonflement de la rate est rare ; on le remarque assez fréquemment dans un âge plus avancé.

Extrait d'une observation prise dans le service de M. Roux, *qui prouve la difficulté du diagnostic dans le cas où l'intestin contient des liquides.*

(Le fait fut constaté par MM. Costallat, Tarral, etc.)

A la Charité, salle Sainte-Catherine, n°. 7, sur une femme âgée de cinquante-sept ans, chez laquelle M. *Roux* avait pratiqué l'opération d'une hernie crurale étranglée du côté droit, le ventre devint douloureux et tendu, et les intestins se dessinèrent sous la paroi abdominale ; *la percussion légère avec les doigts faisait constater des gaz vers l'ombilic et du liquide sur les côtés ;* le ventre était très-volumineux, on désespéra de l'état de la malade. *Autopsie, quarante-six heures après la mort.* L'intestin grêle était énormément distendu par un liquide jaunâtre exactement semblable à celui qu'avait vomi la malade la veille de sa mort. Des fausses membranes existaient sur toute l'étendue du péritoine et unissaient les circonvolutions intestinales entre elles.

V°. observation. (*Service de MM.* Boyer *et* Roux *à la Charité.*)

Tumeur hydatique développée dans le bassin.

(Cette observation me vient de M. Costallat. J'ai vu la malade, et j'étais présent à l'opération que pratiqua M. Roux. J'en extrais ce qui a rapport à mon sujet.)

Cette femme, âgée de trente-deux ans, était avortée à six mois et demi, à son cinquième enfant ; l'accoucheur lui parla alors d'une

tumeur située au côté gauche du vagin; elle éprouva plusieurs rétentions d'urine, la dernière devint presque permanente. Pour la sonder, on portait la sonde à droite, à cause de la déviation de l'urètre. Le doigt introduit dans le vagin faisait reconnaître une tumeur volumineuse située à gauche, qui diminuait tellement le calibre du vagin, que M. *Roux* doutait que le coït ait pu avoir eu lieu depuis long-temps. Cette tumeur déviait la vessie et la partie inférieure du rectum, à travers les parois duquel on la sentait; elle était si rénitente et si peu mobile, que M. *Roux* et la plupart de ceux qui avaient touché cette femme pensaient que la tumeur était solide.

M. *Roux* se décida à pratiquer l'opération ; il fit une incision parallèlement à l'axe du vagin, et aussitôt il s'écoula une grande quantité de liquide limpide et un peu de sang ; il fut retiré, à l'aide d'une pince, de la poche une acéphalocyste du volume de deux poings. La malade sortit guérie un mois après l'ouverture du kyste largement faite.

En terminant ce qui est relatif aux tumeurs abdominales, nous indiquerons les simples dilatations de l'aorte, ou les anévrysmes des principaux vaisseaux comme pouvant très-fréquemment induire en erreur. Nous citerons comme exemple celles que l'on rencontre dans la région épigastrique. Il est très-difficile de bien apprécier le mouvement d'expansion propre aux tumeurs anévrysmales de cette partie ; la raison en est dans la distance qui les sépare des parois abdominales. On ne peut pas ici embrasser la tumeur et apprécier le mouvement de dilatation générale, en sorte que l'on peut prendre des battemens imprimés à une tumeur squirrheuse du pylore, par exemple, pour un anévrysme, et réciproquement.

De l'auscultation appliquée à l'abdomen.

M. *Kergaradec* a eu l'heureuse idée d'appliquer au diagnostic de la grossesse l'emploi de l'auscultation, que l'on pratique, soit en posant l'oreille sur la paroi de l'abdomen, soit au moyen du stéthos-

cope. L'auscultation fait reconnaître deux sortes de pulsations : les unes sont doubles, plus fréquentes que celles des artères de la mère, et sont produites par les contractions du cœur du fœtus. Leur siége n'a rien de fixe, et il faut explorer tous les points de la surface abdominale pour les rencontrer; il varie, en effet, selon que le fœtus change de position. Les pulsations doubles certifient l'existence de la grossesse ; cependant elles peuvent cesser d'être perceptibles dans certaines situations du fœtus : ainsi on ne regardera pas l'absence des pulsations comme un signe négatif de la grossesse. Les autres pulsations, nommées *placentaires*, existent avec souffle et sont isochrones au pouls de la mère; elles ne changent pas de position. Le bruit de souffle ne peut être considéré comme un moyen de diagnostic dans l'état actuel de la science.

Je n'ai pas parlé de la mensuration de l'abdomen, employée dans l'ascite, etc., n'ayant pas defaits qui me soient propres à noter; je l'indique seulement ici comme souvenir.

FIN.

APHORISMES.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Facilius est potu repleri quàm cibo. *Sect.* 2, *aph.* 11.

III.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Ibid.*, *aph.* 3.

IV.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

V.

Qui benè valent corpora, purgatu sunt difficiles. *Ibid.*, *aph.* 37.

VI.

Renum et vesicæ dolores difficulter sanantur in senibus. *Sect.* 7, *aph.* 6.